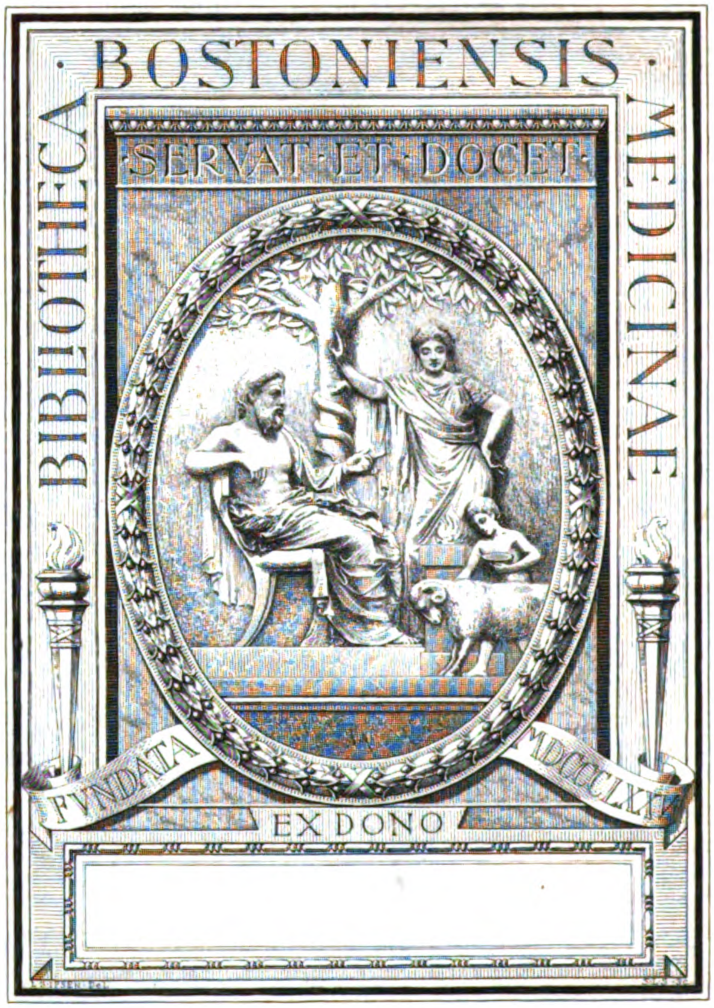

BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT · ET · DOCET
FVNDATA
MDCCCLXXV
EX DONO

Centralblatt

für

Klinische Medicin.

Herausgegeben

von

Dr. H. Rühle,
Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler,
a. o. Professor der Medicin in Bonn.

Zweiter Jahrgang.

März 1881 bis März 1882.

Bonn

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen)

1882.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. 11. März. Nro. 1.

Ueber die Anwendung der Thymolsäure als Wurmmittel in der Anchylostomen-Anaemie.

Mittheilung von Prof. C. **Bozzolo**,
Director der Propädeutischen Klinik zu Turin.

In diesem Centralblatt (No. 45) habe ich eine kurze Notiz gegeben über die Wirksamkeit des Doliarins gegen Anchylostoma duodenale. Da man heutzutage das Extract. filicis maris, das Doliarin, das Santonin unter Umständen gegen Anchylostoma mehr weniger activ gefunden hat, lässt es sich vermuthen, dass noch andere Substanzen gegen diese Parasiten wirksam sein können.

Nach meinen früheren Beobachtungen bin ich zur Ueberzeugung gekommen, dass man die zu versuchenden Substanzen in relativ grossen Dosen, und in einer Form darreichen soll, welche ihnen gestattet, gänzlich oder grösstentheils in den Darm zu gelangen, um dort mit den gefährlichen Gästen in Berührung zu kommen.

Aus diesem Grunde versuchte ich wieder die von mir vor einigen Jahren vergeblich angewandte Thymolsäure.

Ich liess das Thymol pulverförmig (in Oblaten) in Dosen von 2 bis 10 Grammen pro die, drei-, vier-, sechsmal täglich nehmen.

Um eine ziemlich concentrirte Lösung im Darm davon hervorzubringen, lasse ich den Kranken eine bestimmte Zeit nach der Darreichung des Thymols etwas verdünnten Branntwein trinken.

In diesen hohen Dosen wird die Arznei gut ertragen; die grössten damit erzeugten Beschwerden sind: Durst, ein unbeständiges Gefühl von Magenbrennen, manchmal Kopfschwere, eine gewisse Schwierigkeit im Urinlassen am Anfange, ein leichtes Brennen längs der Harnröhre während des Durchganges des Urins.

Ich liess sechs mit Anchylostomen behaftete Kranke meiner Klinik das Thymol nehmen. In den Fäces aller dieser Kranken ohne Ausnahme konnte man eine mehr weniger grosse Menge Anchylostomen finden. In den verschiedenen Ausleerungen eines Kranken, welche man nach der Darreichung der verschiedenen Dosen des Remediums untersuchte, zählte man zusammen mehr als 300 Anchylostomen.

In einem sehr schweren Fall, in welchem die Darreichung des Extractum filicis maris gleich darauf Erbrechen hervorbrachte, so dass die Anwendung desselben unmöglich war, wurde die Thymolsäure zu 10 Grammen gut ertragen, und gab vortrefflichen Erfolg, indem in zwei Entleerungen, welche der Darreichung der ersten Dosis des Thymols folgten, mehr als 400 Anchylostomen gefunden wurden.

---

1. Godnew, Zur Kenntniss der recurrenten Form des Scharlachs.
(Medicinsky Westnik 1881. No. 4.)

Verf. theilt folgende Krankengeshichte mit. M. erkrankte am 23. Nov. v. J. an Schüttelfrost, Hitze und Kopfschmerzen; Tags darauf trat allgemeine Schwäche und Schmerzen im Halse ein, gegen Abend Drüsenschwellung am Halse. Am 3. Tage Temp. 39,5, der weiche Gaumen, Uvula, Tonsillen geschwellt, gleichmässig geröthet; am Halse, Brust und Schultern rothe Flecken, die aus dichten, bis stecknadelknopfgrossen Puncten, in gleichem Abstande von einander, bestanden; Gesicht frei. Später bildeten sich am Gaumen kleine eiternde Excoriationen, an den Tonsillen kleine, stecknadelknopfgrosse Geschwürchen; an oben benannten Hautstellen trat diffuse Röthe ein, geringe Milzschwellung; etwas Eiweiss im Urin. .— Am 5. Tage letzte Temperatursteigerung — 38,°5. — Das Exanthem blasste in den nächsten Tagen ab; Patient erholte sich. — Am 15. Tage Schüttelfrost, Temp. 38,4; Tags darauf 39,3, abermalige Schmerzen und hyperaemische Röthe im Rachen; Temp. stieg auf 41,°0, Delirien. — 2 Tage darauf scharlachrothe confluirende, den früheren ähnliche, Flecken am Körper, mit Ausnahme des Gesichts; in darauf folgenden Tagen hohe Temperatur, 39,°5—40,°8, Puls 125, bedeutende an diphtheritische Affection erinnernde Erscheinungen im Rachen. Am 6. Tage Temperaturabfall, Exanthem wurde blasser. Vom 10. Tage an Abschilferung von grossen mem-

branösen Oberhautfetzen; am 18. Tage Rachen frei, am 15. Patient entlassen.

Es waren also zwei nacheinander folgende Scharlacherkrankungen, denn das Fehlen der Conjunctivalhyperaemie und das von Exanthem freigebliebene Gesicht, äusserst prägnante Röthe des Exanthems, diffuse Verbreitung desselben und Confluenz der Flecken, die Dauer des Eruptionsstadiums, membranöse Schuppen, das erste Auftreten des Exanthems am Halse, die hohen Temperaturen im Eruptionsstadium sprechen für Scharlach und gegen die Verwechselung mit Rötheln. Zwischen beiden Erkrankungen war der Zeitraum zu kurz, um eine abermalige Scharlachinfection anzunehmen, denn eine solche ist in so kurzer Zeie nie beobachtet worden. Für ein Recidiv ist es auch nicht anzusehen; dann müsste die abermalige Erkrankung noch vor dem Ablauf der ersten eingetreten sein, was dieses mal nicht der Fall war. — Thomas hält derartige Krankheitsbilder für Combination des Scharlachs mit febris recurrens, aber G. verwirft diese Auffassung für seinen Fall vollständig, da eine mehrmalige Untersuchung des Blutes auf Spyrochäten sich immer als negativ erwiesen hat. Desshalb glaubt G. hier die sogenannte recurrente Form des Scharlachs beobachtet zu haben, die schon früher von Dr. Trojanofsky beschrieben worden ist

Krusenstern (Petersburg).

---

2. Bericht über die Ruhrkranken des Kaiser Alexander-Garde-Grenadier-Regiments No. 1 während ihrer Behandlung im Garnison-Lazareth No. 1.

(Aus den Acten des Königl. Kriegs-Ministeriums. Deutsche Militärärztliche Zeitschrift 1881. Heft 1.)

Im Ganzen erkrankten in dem Zeitraum vom 1.—25. Juli 1880 44 Mann an Ruhr, wovon nur einer starb. Die Krankheit erlosch nach sorgfältiger Desinfection der Latrinen.

Nach dem Berichte des Stabsarztes Dr. Zunker trugen die Erkrankungen die Kennzeichen der infectiösen, also diphtheritischen Natur. Bei allen Kranken fanden sich Symptome der Allgemeinerkrankung, Fieber, hoher Schwächegrad besonders in der Herzthätigkeit, bei schwereren Fällen Milzschwellung und als Complication auftretende Erkrankung grösserer Gelenke. Entleerungen aus dem Mastdarm sehr reichlich, microscopisch ohne besonderen Befund. Behandlungsdauer 1—6 Wochen. Die Höhe des Fiebers und der Allgemeinerkrankung entspricht nicht der Ausbreitung des Prozesses im Darm, dafür bietet uns die Zahl und Art der Entleerungen Anhaltspunkte, denn die Resorption fauliger Substanzen, „welche im Darm selbst aus den mortificirten Gewebstheilen gebildet werden“, bedingt die Allgemeinerscheinungen.

Therapie: Jeder Kranke bekam sofort 30—50 gr. Ricinusöl, etwas später 1,5 gr. Colamel refr. dosi zu 0,25, letzteres um die Fäulnissfähigkeit des Darminhaltes herabzusetzen, und am Schluss des ersten Tages noch einmal 30 gr. Ricinusöl. Ferner wurde der Dickdarm selbst ausgespült und dadurch gewaltige Schleimmassen entleert.

Es wurde nämlich ein elastisches Rohr (einem Nelatonschen Katheter gleichend) von 1/2 Meter Länge meist mit geringem Schmerz eingesetzt und 1—1 1/2 Liter einer Lösung von Borax und Natron salicylicum 3—4 pCt., später Borax und Acid. salicyl. 1/2 pCt. je nach der Menge des Schleimes, des Fiebers und des Blutabganges 1—4 mal täglich eingegossen. Bei sehr starken Blutungen wurde die Lösung eiskalt injicirt, selten wurde eine 1—1 1/2 procentige Lösung von Plumb. acet. benutzt. Collaps oder Intoxicationserscheinungen traten nie ein.

Unter dieser Behandlung besserten sich regelmässig und gleichmässig alle Symptome.

Gegen Tenesmus und Leibschneiden gab Z. Morphium subcutan oder in Cacaosuppositorien à 0,01, sowie Breiumschläge. „Waren die Stuhlentleerungen nur noch mit geringen Schleimmassen behaftet, so fielen die Eingiessungen fort, die Kranken erhielten Suppositorien aus Gerbsäure à 0,3 mit durchaus günstiger Wirkung."

Eine specifische Wirkung will Verf. dem Borax oder der Salicylsäure nicht zuschreiben, die Ausspülungen sollen nur die abgestossenen fauligen Massen entfernen. Desshalb bieten selbst starke Blutungen keine Contraindication gegen die Ausspülungen, da die Haemorrhagien doch nur durch das Fortschreiten der diphtheritisch necrotisirenden Processe hervorgerufen sind.

Bartold.

3. **Dr. Zander** in Eschweiler, **Zur Lehre von der Aetiologie, Pathogenie und Therapie der Rachitis.** (Virch. Arch. Bd. 83, p. 377.)

Die Lehre der Rachitis besteht darin, dass die Kalksalze durch irgend eine Störung des Ernährungsprocesses nicht ins Knochengewebe abgelagert, sondern unbenutzt wieder mit dem Stuhl entleert oder durch den Urin aus dem Blute ausgeschieden werden; nach Seemann besteht die Grundursache dieser Ernährungsstörung in der mangelhaften Bildung von freier Salzsäure; Bunge hat nachgewiesen, dass, wenn Kalisalze, z. B. phosphorsaures Kali in einer Lösung mit Chlornatrium zusammentreffen, sich Chlorkalium und phosphorsaures Natron bilden und dass die neugebildeten Salze als solche durch die Nieren ausgeschieden werden und dass durch eine grössere Zufuhr von Kalisalzen auch eine grössere und schnellere Ausfuhr von Natronsalzen herbeigeführt wird; nach dem Verfasser kann hierdurch der ganze Process erklärt werden. In Folge des Ueberwiegens der Kalisalze und der Phosphorsäure vor den Natronsalzen und dem Chlor werden dieselben unbenutzt aus dem Organismus ausgeschieden und in Folge dessen kommt es nicht zur Bildung einer hinreichenden Menge von freier Salzsäure im Magen, wie sie zur Lösung der Kalksalze nöthig ist; durch die Störung der Bildung von freier Salzsäure leidet auch die Magenthätigkeit, wie man es bei jedem rachitischen Kinde beobachten kann. Verfasser hat durch Bestimmung der Natronsalze und der Kalisalze, die sich in der normalen Milch wie 1 : 2 1/2 und des Chlors und der Phosphorsäure, die sich wie 1 : 1 bis 2 verhalten, gefunden, dass

die Kinder bei diesem Verhältniss gut gediehen; in den Fällen, wo in der Milch die Kalisalze und die Phosphorsäure überwiegen, waren die Kinder mehr oder weniger rachitisch. Die Therapie der Rachitis besteht deshalb in der Beseitigung des Missverhältnisses der Salze und der Wiederherstellung des richtigen Mischungsverhältnisses derselben in der Milch, und zwar von Natronsalzen und Kali im Verhältniss von 1 : 2 und von Chlor und Phosphorsäure von 1 : 1 höchstens 2.

Die Muttermilch wird dadurch verbessert, dass die Frau statt der vegetabilischen mehr animalische Kost nimmt; alle Mehlbreie sind zu verwerfen; Kuhmilch kann durch Zusatz von Chlornatrium verbessert werden. An Peulkes Milchsalz tadelt der Verfasser, dass demselben das phosphorsaure Salz, an welchem die Kuhmilch schon von Natur sehr reich, zugesetzt ist; durch einen entsprechenden Zusatz von Chlornatrium zu dem vorhandenen könnte das richtige Verhältniss der Phosphorsäure zu Chlor erzielt werden und man hätte dann einen geringeren Ballast von Salzen. Das Packetchen von 12 gr Gewicht enthält 10 gr Milchzucker und 0,1026 Phosphorsäure und 0,254 Chlor; durch Zusatz dieses Pulvers auf 100 gr Milch resultirt das richtige Verhältniss der Phosphorsäure zum Chlor. In der normalen Milch ist 0,264 Phosphorsäure und 0,075 Chlor enthalten.

Kohts (Strassburg).

---

4. **Dr. M. Breuer** (Wien), **Ein Fall von Lepra.** (Vierteljahrschr. für Dermat. u. Syph. 1880. 4. S. 529.)

B. theilt einen Fall von Lepra (Mischform einer tuberösen und anaesthetischen), den er im Rothschild-Spital (Wien) beobachtet hat, mit. Patient stammt aus Jerusalem und ist seit 10 Jahren erkrankt; Heredität als ätiologisches Moment nicht nachzuweisen. Nach einem Aufenthalte im Walde während einer kalten Winternacht, traten bald Blasen an Händen und Füssen auf, die beim Platzen eine gelblich seröse Flüssigkeit entleerten und das Corium blosslegten. Der status praesens ergab: Beide n. facialis paretisch, Nase eingesunken durch Schwund des septum, Nasenschleimhaut mit kleinen Knoten besetzt. Auf dem linken Bulbus ein Knoten (17 mm lang, 15 mm breit, 11 mm hoch); an der rechten cornea ein Knötchen. An Wangen und Stirn Knoten von Haselnussgrösse. Augenbrauen und Cilien fehlen; am Stamme keine Knoten, sondern nur weissliche Hautstellen (Narben der Pemphigusblasen) ähnliche Stellen fanden sich an den unteren Extremitäten, besonders an den Beingelenken. Im subcutanen Bindegewebe der Extremitäten bei Druck schmerzhafte kleine Knoten, welche in der Nähe der Hand- und Fussgelenke gruppenförmig gelagert sind. In der rechten Ellbogengegend ist ein grosses knotenförmiges Ulcus, welches die Gelenkbänder freigelegt hat. Aehnliche, aber kleinere Geschwüre finden sich um den tuber ischii und trochanteren; die planta pedis beiderseits mit Rhagaden besetzt. Der Haarwuchs der unteren Extremitäten ist verschwunden, die Haut zeigt eine kleienförmige Abschuppung. An den Füssen und Zehen fehlen Phalangen, während die letzte Pha-

lanx kolbenartig aufgetrieben ist; die Hände und Füsse missgestaltet, ödematös. Die Schleimhaut des harten Gaumens zeigt Knoten, der weiche Gaumen narbige Einziehungen. — Die Epiglottis hat exulcerirte Knoten, das rechte Stimmband ist knotig verdickt. Lunge, Herz und Nieren bieten nichts Abnormes. Die Reizbarkeit durch den elektr. Strom ist bes. im Gebiete des oculomotorius, peronaeus und tibialis herabgesetzt; die Sehnenreflexe sehr deutlich ausgesprochen. Die Haut zeigt im Ganzen und Grossen eine verminderte Sensibilität; die weisslichen Stellen besonders an den Knien sind ganz unempfindlich und zeigen eine geringere Temperatur als die übrige Haut. Pat. bekam Decoct. Zittmanni; auf die Geschwüre wurde Empl. hydrargyr. applicirt. Patient wurde gebessert entlassen.

Doutrelepont.

---

5. **Prof. Doyer, Over adenoïde vegetaties der neusholte.** Die adenoiden Vegetationen der Nasenhöhle. (Weekblad van het nederlandsch tydschrift voor geneeskunde. 1881. No. 5.)

In vorstehender Zeitschrift leitet Verf. nochmals die Aufmerksamkeit des medic. Publikums auf die zuerst von W. Meyer im Archiv für Ohrenheilkunde 1873 u. 74 genau beschriebene Krankheit. Nach Verf. Erfahrungen ist sie viel weiter verbreitet als bisher angenommen. Von 4000 in Leiden untersuchten Schulkindern zwischen 5—16 Jahr, konnte Verf. bei mehr als 200 (5%) die Krankheit constatiren. Es wurden namentlich die Kinder einer genauen Untersuchung unterworfen, die durch ihr wesenloses Antlitz und offnen Mund auffielen und nur solche für krank gehalten, denen die Aussprache der Buchstaben m, n, ng Schwierigkeiten machte: m. a. W. bei denen die Exspirationsluft nur mangelhaft oder gar nicht durch die Nase entweichen konnte. Die Untersuchung war theils eine rhinoscopische, theils eine digitale.

Erstere wurde oft durch starke Empfindlichkeit der Kehle unmöglich gemacht; letztere gelang immer.

Therapie bestand in Zerkratzen der weichen und kleinen Wucherungen mit dem Fingernagel, während die grösseren mit Ringmesser u. s. w. entfernt wurden. Nach achttägiger Pause wurde cauterisirt, so lange bis nur kleine nicht blutende Unebenheiten auf der Mucosa gefunden wurden. Diese blieben bestehen, waren jedoch vollkommen unschädlich. Sowie das Grundleiden gehoben, bemerkte Verf. in den meisten Fällen eine überraschende Besserung der früher fast idiotischen Physiognomie, während Sprach- und Gehörstörungen vollständig verschwunden waren.

Gerke (Amsterdam).

---

6. **v. St. Germain. Tracheotomie in einem Acte.** (Revue médicale française et étrangère und Gazette des hôpitaux civils et militaires.)

v. St. Germain hat im hôpital des enfants malades 227 Tracheotomien in einem Act ausgeführt, ohne einen einzigen mit der Operation zusammenhängenden Unfall gehabt zu haben.

Herr v. St. Germain legt das Kind auf einen Tisch, die Schultern werden durch Kissen gestützt, und der Kopf, herunterhängend, wird von einem Assistenten gehalten. Er fixirt den Larynx mit der linken Hand, indem er ihn an seinen seitlichen und hinteren Theilen fasst, wie wenn er ihn von der Columna vertebralis wegziehen wollte. Mit der rechten Hand sticht er ein grades und schmales Bistouri in die Membrana crico-thyreoidea ein, so dass die Schneide nach dem Sternum hin gewendet ist, und stösst es 15 mm ein. Nachher spaltet er mit dem Messer sägend und nicht drückend die Cartil. cricoidea, die 2 oder 3 ersten Ringe der Trachea, den Isthmus der Gland. thyreoidea und die Haut. Beim Zurückziehen des Messers verlängerte er den Hautschnitt einige Millim. nach unten, um den Abfluss der Säfte zu erleichtern.

Die Wundränder werden mit dem Dilatator auseinandergehalten und die Canüle eingeführt.

Manchmal entsteht eine kleine Blutung aus der Anastomose der Art. thyreoidea, auf der Höhe des Isthmus der Gland. thyreoidea. Diese kleine Haemorrhagie hört bald auf. Würde sie fortdauern, so könnte man sie stillen durch Einführen einer grössern Canüle.

Kohts (Strassburg).

---

7. **Ueber die acute Pleuritis beim Kinde.** (Revue médicale française et étrangère 22. Jan. Clinique médicale de l'hôpital des enfants malades. Leçon d. Ms. Jules Simon 29. Dec. 80.)

Das Seitenstechen beim Erwachsenen hat seinen Sitz in den Intercostalräumen, während dasselbe beim Kinde tiefer unter den Rippen, im Bauch und auf der dem Exsudat entgegengeseten Seite empfunden wird. Die anderen Symptome sind: ein wenig Dyspnoe ohne Expectoration, Mangel des Fremitus, absolute Dämpfung, die am besten bei nur leichter Percussion zu konstatiren ist. Bei der Auscultation hört man kein Reibungsgeräusch. Das Athmungsgeräusch ist abgeschwächt, zuerst hört man einen leichten Hauch, der mit Zunahme des Exsudats an Intensität zunimmt, und zuletzt Bronchophonie.

Die Differentialdiagnosen zwischen Pleuritis und Pneumonie sind am Anfang manchmal sehr schwer, da eine beginnende Pleuritis von einer solchen Lungencongestion begleitet sein kann, dass man zuerst an Pneumonie denkt.

Das Fieber dauert 6—8 Tage.

Nach ungefähr 16 Tagen scheinbare Abnahme des Exsudats, bedingt durch Zusammensinken der Lunge. Die Abnahme beginnt in

der 3. Woche und die Heilung tritt in 1—$1^1/_2$ Monat ein. Prognose ist gut bei einem über 5 Jahre alten Kinde.

Wird das Exsudat eiterig, so tritt hectisches Fieber und Consumption ein.

Therapie: Bettruhe, diuretische Getränke, alle 2 Tage 3 bis 4 Calomelpastillen zu 0,65, Application von Vesicatoren von 3 bis 5 cm Durchmesser, die man 4—5 St. liegen lässt und einigemale wiederholt. Dabei Diät. Bei längerer Dauer der Krankheit reibt man einigemal Crotonöl ein.

Die Indicationen der Thoracocentese sind:

1. Entstehen eines grossen Exsudats in Zeit von 24—36 Stunden mit Gefahr der Erstickung.

2. Wenn das Exsudat nach $1^1/_2$ Monat noch bis zur Clavicula hinaufreicht.

5. Wenn das Exsudat eiterig geworden ist.

Rechts soll zwischen der 5. und 6., links zwischen der 6. und 7. Rippe punktirt werden. Die Höhle soll nur langsam und nicht gleich das erste Mal geleert und nachher eine Drainröhre eingelegt werden. Beim Weglassen dieser Röhre muss Vorsicht gebraucht werden, um die Oeffnung nicht zu geschwind sich schliessen zu lassen.

Die Thoracocentese soll nicht vor dem Alter von 5 Jahren gemacht werden.

Kohts (Strassburg).

---

8. **Prof. Winogradoff** (in Kasan), **Zur Lehre über auscultatorische Erscheinungen an den peripheren Arterien bei organischen Herzfehlern.** (Dnewnik wratschej w Kasani 1881. No. 2.)

Verf. berichtet über einen Fall von Aorteninsufficienz, an dem er ein deutliches diastolisches Geräusch an den aa. brachialis und femoralis gehört hat, welches nicht von Druck des Stetoskops bedingt war.

(Bekanntlich kann durch Eindrücken der Arterie bei Aorteninsufficienz auch ein zweites Geräusch erzeugt werden, welches vom Rückfluss des Blutes durch die künstlich verengte Stelle bedingt ist.)

Die Krankengeschichte ist in Kürze folgende: Patientin N. M., 30 Jahre alt, leidet seit 1879 an Palpitation des Herzens. Im Sommer 1880 behauptete sie bei Aufregung oder Treppensteigen neben beängstigendem Herzklopfen ein lautes Geräusch selbst wahrgenommen zu haben; bei ruhiger Lage war dasselbe nicht hörbar. — Das Herz fand W. mässig vergrössert, Herzstoss im 6. Intercostalraum; an der Herzspitze der erste Ton rein, ein deutliches diastolisches, klingendes Geräusch, das aber am deutlichsten über der Aorta zu hören ist; dieses Geräusch war sogar in einiger Entfernung vom Thorax hörbar. Der erste Ton über der Aorta etwas schwächer als an der Herzspitze und nicht ganz rein. Sichtbare Pulsation der Carotiden, man fühlt an der Arterie fremissement cataire. Radialarterie weich; P. 76,

kaum dicrotisch, hüpfend; der Sphigmograph giebt eine steil aufsteigende Verticale, welche kurze Zeit auf gleicher Höhe verharrt. —

Ueber der a. carotis communis lassen sich folgende auscultatorische Erscheinungen constatiren: anstatt des ersten Tones ein hauchendes, anstatt des zweiten ein klingendes Geräusch; an der Brachialarterie ebenfalls, nur etwas kürzer, zwei Geräusche: eines der Erweiterung entsprechend, das andere synchron mit der Diastole des Herzens. Diese zwei Geräusche sind an der Aa. femoralis noch schwächer, als an der Brachialarterie. — Sonst keine abnorme Erscheinungen; täglich ca. 1170 cm Urin, rel. Gew. 1,013, keine abnorme Bestandtheile im Harn.

Es lag also eine zweiffellose Aorteninsufficienz vor; sphigmographische Curven deuten auf eine gleichzeitige Stenose der Aorta hin. —

W. hält das beschriebene Geräusch an den aa. brachialis und femoralis für ein vom Herzen im Gefäss selbst fortgeleitetes, da, wenn man das Stetoskop nicht an die Art. selbst, sondern in deren nächster Umgebung ansetzte, ein Geräusch nicht wahrnehmbar war.

Krusenstern (Petersburg).

---

9. **H. Kraussold, Ueber die Krankheiten des Processus vermiformis und des Coecum und ihre Behandlung, nebst Bemerkungen zur circulären Resection des Darmes.** (Volkm. Samml. klin. Vortr. No. 191. Leipzig 1881.)

K. gibt eine ausführliche Darstellung des klinischen Symptomenbildes der Perityphlitis. Er sucht nachzuweisen, dass eine genauere anatomische Diagnose, als mit diesem Worte gegeben ist, in vielen Fällen möglich sein wird. Energisch redet er gegenüber der bisherigen gewohnheitsmässigen symptomatischen Behandlung operativ chirurgischen Eingriffen das Wort. — Frühzeitige Eröffnung der sich bildenden Abscesse, Resection carcinomatöser Darmpartien. — Besonders eingehend werden die Erkrankungen des Processus vermiformis besprochen, welche nach den anatomischen Untersuchungen und Krankenbeobachtungen des Vf. sehr viel häufiger vorkommen und grössere Bedeutung haben als man bisher anzunehmen pflegte.

Der Wurmfortsatz wird in sehr verschiedener Längenausdehnung (bis 16 Cm.) und Durchmessergrösse gefunden. Vor Allem aber ist seine Lagerung eine ausserordentlich schwankende.

Nach Henle ist er normalerweise über den Rand des kleinen Beckens herabhängend gelagert. Kr. fand ihn bald gerade entgegengesetzt, d. h. am äussern Rand des Colon acsendens direct nach oben ziehend, bald nach innen sich um den Dünndarm bei seinem Eintritt in das Coecum von unten her herumschlagend. Ein Mal lag er, abnorm lang, mit seiner Spitze, spiralich aufgerollt, im Bruchsack einer Hernia inguinalis. In manchen Fällen war er abnorm kurz, ganz nach vorn und oben geschlagen, oder direct nach aussen gegen die Crista des Darmbeines ziehend. 2 Tafeln mit 6 Abbildungen verdeut-

lichen diese „abnormen Lagerungen“, Geschwüre (bei Phthisis und Tuberculose), Narben und vollständige Narbenstricturen (nach Typhus, Syphilis) sind häufig im Wurmfortsatz. Ein Mal war die Strictur eine vollständige, das Ende in eine kolbige, zähen glasigen Schleim enthaltende Cyste verwandelt. Ausser den bekannten Sorten von Fremdkörpern wurde ein Mal ein Stück Trüffel (tödtliche Perforation ins Peritonaeum veranlassend), ein Mal ein Convolut von 10 Stück Trichocephalus dispar in ihm gefunden. 4 Mal wurden Neubildungen in Gestalt von Carcinomen beobachtet. Die localen Symptome werden von Proc. vermiformis ausgehenden Formen der Perityphlitis je nach der wechselnden Lage desselben sehr verschieden sein können. Ist derselbe z. B. nach innen ins kleine Becken gelagert, so werden die Erscheinungen für's erste die der umschriebenen Peritonitis und sodann, je nach der Lage, die der parametritischen Eiterung, der Periproctitis, der Pericystitis sein können. In anderen Fällen (process. vermif. nach aussen und oben geschlagen) werden Erscheinungen der Perinephritis und (2 Fälle) Bildung von Abscessen zu beobachten sein, die durch die Fascia lumbo-dorsalis perforirend über der Darmbeinschaufel nach aussen treten, u. s. w. —

Besonderes Interesse verdienen die Beobachtungen von Neubildungen (Carcinomen), die sich im Darme entwickelten. Drei Mal hatten dieselben ihren Sitz am Coecum in der Gegend der valvula Bauhini. Ein Mal bestand ein ringförmiges hartes Carcinom der Flexura sigmoidea. Die ersten Beschwerden, die diese Neubildungen bereiteten, waren Fieber und entzündliche Erscheinungen (Symptomenbild der acuten Perityphlitis). In einem Fall bestand vom Beginn bis zum Ende des Leidens abendliches Fieber von 39,8° C.

K. empfiehlt durch die circuläre Resection des Darmes (Gussenbauer) einen Versuch zu machen auch dieses Leiden, gegen das jede sonstige Therapie ohnmächtig ist, zu bekämpfen. Er hat zwei Mal diese Operation ausgeführt. — 1) Ringförmiges obstruirendes Carcinom der Flexura sigmoidea bei einem 57jähr. Mann. — Resection. — Heilung. — Tod nach 6 Monaten an Marasmus, Recidiv in den Mesenterialdrüsen. Der zweite Fall wird ausführlich mitgetheilt: Ein 62j. Mann erhielt April 1873 einen Steinwurf in die rechte Leistengegend. — Seitdem Beschwerden. — Allmählige Entwickelung einer schmerzhaften Geschwulst. 1878 Incision und Entleerung jauchigen Eiters. — Bildung einer Fistel, durch die sämmtlicher Koth entleert wird. 12. IV 1879 Operation. Exstirpation eines die Valvula Bauhini, Coecum, Processus vermif. einnehmenden, carcinomatösen Tumor. Circuläre Darmnaht (nach Lembert mit carbolisirter Seide). Tod $2^1/_2$ Stunde nach der Operation unter Collapserscheinungen. Die Section zeigt, dass die Neubildung mit Ausnahme einer tief im Mesenterium versteckten kirschgrossen Drüse vollständig entfernt war. Kleine Metastase des rechten Leberlappens. Das vernähte Darmstück vollkommen schlussfähig.

Madelung.

10. **Werth, Ein Fall von Haemoglobinurie, unter der Geburt beobachtet.** (Archiv für Gynäkologie Bd. XVII. Heft 1.)

Eine 22jährige Ipr., mit rhachitisch allgemein verengtem platten Becken, dessen Conjugata vera auf 7 cm geschätzt wurde, kam am 30. März d. J., der 36. Woche der Schwangerschaft, in die Klinik. Die ersten Anfänge der Geburtsthätigkeit waren bereits zu constatiren. Zu weiterer Anregung derselben und behufs gründlicher Desinfection der Vagina wurde der in Knieellenbogenlage Gebrachten eine protrahirte Vaginaldouche (32 ° R.) gegeben. Am nächsten Tage erfolgte bald nach dem Auftreten ausgesprochener Geburtswehen der Blasensprung bei markgrossem Muttermunde. Drei Stunden später wurde die von vornherein als nothwendig erkannte Perforation des über dem Beckeneingange mit dem hinteren Scheitelbein vorliegenden Schädels ausgeführt. Die von derselben erhoffte Wirkung blieb für eine Reihe von Stunden aus. Der Kopf rückte nicht vor, nur der Muttermund allmälig etwas weiter hinauf, dem Schädel näher, ohne nachzugeben. Sieben Stunden nach der Perforation noch derselbe Zustand, wie unmittelbar nach dieser Operation.

In der rechten Beckenhälfte fand sich jetzt eine längs der Seitenwand ziemlich weit nach hinten sich erstreckende Geschwulst, die circa apfelsinengross, rundlich, anscheinend schlaff mit Flüssigkeit erfüllt ist und von der rechten Seite her mässig in die Scheide prominirt.

V.'s Zweifel über die Natur der Geschwulst entscheidet der Katheter. Er wendet, in die Urethra eingeführt, bald seinen Schnabel nach rechts und unten, wird in der Geschwulst fühlbar und entleert, während diese allmälig verschwindet, einige Hundert Cubikcentimeter eines eigenthümlich aussehenden Harnes. Derselbe ist trübe, portweinfarben, geruchlos. Beim Kochen setzt sich ein braunrothes Coagulum ab. Im Sediment finden sich Anhäufungen kleinster rothbrauner und lichtgelber Körnchen, daneben zahlreiche blasse Cylinder von verschiedenem Kaliber, manche mit gabliger Theilung, ein Theil von ihnen mit Granulis besetzt; ausserdem ziemlich viel blasse Stromata ehemals rother Blutkörperchen, einzelne anscheinend intacte rothe und spärliche Blutzellen.

Die Geburt wurde einige Stunden danach mit dem Kranioklast zu Ende geführt. Zersetzungserscheinungen an der Frucht und den Geburtsflüssigkeiten waren nicht vorhanden. Die Nachgeburt wurde ohne Mühe exprimirt, eine leichte atonische Nachblutung durch Injection heissen Carbolwassers in den Uterus (40° R.) rasch beseitigt. Der Verlauf des Wochenbettes war, abgesehen von einer eintägigen geringen parametritischen Reizung, normal. Der am ersten Tage post partum spontan entleerte Harn hatte noch dasselbe Aussehen und im Sediment die nämlichen Körnchenhaufen, wie der oben beschriebene. Harncylinder fanden sich nicht mehr. Der später gelassene Urin war durch stärkere Beimischung der blutigen Lochien für die Untersuchung untauglich.

Eine am sechsten Tage mit dem Katheter genommene Harnprobe war klar, strohgelb, enthielt in geringer Menge Eiterkörperchen und dementsprechend Eiweiss in eben noch wahrnehmbaren Spuren.

Der Haemoglobingehalt des mit dem Katheter entleerten Urins war ein bedeutender. Der Farbstoff war in demselben nur zum Theil als körniger Niederschlag enthalten, zum Theil in Lösung, wie eine von Herrn Dr. Bockendahl vorgenommene spectroskopische Untersuchung des Filtrates mit Bestimmtheit ergab.

Als Wehenreiz und behufs Desinfection der unteren Geburtswege waren von Anfang an die üblichen warmen Carbolwasserinjectionen gemacht worden. Nach Perforation des Schädels wurden dieselben häufiger — in halbstündigen Zwischenräumen — ausgeführt. V. vermuthete eine Verbrühung durch einige zu heisse Douchen. Eine allmälig zunehmende Anschwellung der Wand des Mutterhalses und Scheidengewölbes wurde in dem fraglichen Geburtsabschnitte bemerkt, aber als einfache Wirkung des erschwerten Geburtsactes betrachtet — sie könnte jedoch zugleich der Ausdruck einer oberflächlichen Verbrennung gewesen sein. Das genauere Verhältniss von Ursache und Wirkung, die Bedingungen, unter welchen bei einer Verbrennung das Gesammtblut in Mitleidenschaft geräth, der Einfluss, den eine partielle Destruction seiner Verbrennung übt, Alles das habe noch neuerdings von Lesser einer eingehenden Erörterung und Untersuchung unterzogen.

Kocks.

---

11. **Dr. W. J. Rasumow** (Moskau), **Zur Statistik der Schanker der Vaginalpartien.** (Vierteljahrsch. für Dermat. u. Syph. 1880. 4. S. 517.)

Nach Aufführung der in der Litteratur aufgezeichneten Ansichten über die Häufigkeit der Schanker der portio vaginalis, welche als eine Seltenheit angesehen werden, theilt R. seine Erfahrungen an Prostituirten, welche er als Direktor der Abtheilng für Syphilis im Mjasnitzkischen Krankenhause gemacht hat, mit. Die meisten Geschwüre stellen einen grösseren Substanzverlust dar, die Ränder sind unterminirt, und haben einen Entzündungshof; der Grund ist uneben, ausgenagt, mit gelblichem Secrete bedeckt. Der harte Schanker ist gewöhnlich flach, oft erhaben, ohne grossen Substanzverlust, und ohne scharfe Ränder; der Grund desselben ist mehr glatt, grau oder röthlich, die Sekretion spärlich, selten eitrig, mehr serös. Die Umgebung zeigt die charakteristische Induration. Die Lymphdrüsen sollen beim Ulcus molle selten afficirt sein, und zwar nur in den Fällen, wo neben dem Schanker der port. vag. noch Ulcera der äusseren Geschlechtstheile vorkommen. Nach Besprechung der Differentialdiagnose zwischen Schanker und follicularen Geschwüren, Erosionen, herpetischen Geschwüren, Krebs und Tuberculose der portio führt R. an, dass er während 4 Jahren 1374 Schanker an verschiedenen Theilen der Geschlechtsorgane und deren Umgebung beobachtet hat, unter denen 117 an der portio vaginalis sich befanden, 13 waren indurirte; also von circa 8,5% Schanker der portio waren circa 1% indurirte. Sie fanden sich auf beiden

Lippen der Gebärmutter und umgaben am häufigsten den Gebärmuttermund. Sie waren weniger vertieft, als die der Haut und ihr Verlauf protrahirter, als an anderen Orten.

Doutrelepont.

---

12. **Malcolm Morris, On the Diagnosis and Treatment of Ringworm.** Diagnose und Behandlung des Herpes tonsurans. (Lancet **1881.** No. 5 u. 7.)

M. hebt die für die Diagnose schwierigen Fälle hervor und betont, dass an der behaarten Kopfhaut der Herpes tonsurans nicht blos in der Form von einzelnen Plaques, sondern auch unter dem Bilde eines über den ganzen Kopf verbreiteten squamösen Eczemes vorkomme. Nur die Prüfung der Haarwurzeln auf Pilze könne hier vor Irrthümern schützen.

In Bezug auf die, soweit der Haarboden betroffen ist, meist sehr langwierige Behandlung der Affection, empfiehlt M. die Anwendung von Parasiten tödtenden Mitteln, hält aber die Carbolsäure für zu reizend und gibt dem Thymol und Menthol den Vorzug. Er verbindet dieselben mit Chloroform und Olivenöl. Um zu prüfen, ob das Thymol durch Einreiben bis in die Tiefen der Haarwurzeln gebracht würde, rieb er einem Hunde täglich in den Rücken folgende Lösung: Asphalt 2 prts., Chloroform 8, Ol. Olivarum 24. Nachdem dies 25 Tage lang fortgesetzt worden war, wurde der Hund getödtet und ein Hautstück gefroren. Es zeigte sich unter dem Mikroskop, dass der Asphalt fast die ganzen Follikel durchdrungen hatte, sicher mehr als ein Drittel derselben. Diese Wirkung schreibt M. dem Chloroform in der Lösung zu. Für den Asphalt substituirte er Thymol in den gleichen Proportionen und hat mit diesem Mittel sehr gute Erfolge gehabt. Ein grosser Vortheil soll darin bestehen, dass es nicht die Haarsäckchen zerstöre und daher keine kahlen Stellen am Kopfe zurücklasse.

Port (London).

---

13. **Robert Liveing, The Threatment of Ringworm by Croton-oil.** Die Behandlung des Herpes tonsurans mit Crotonöl. (Brit. Med. Journ. 1881. Febr. 12.)

L. hat seit einigen Jahren reines Crotonöl gegen den Herpes tonsurans des Haarbodens angewandt und mit dieser bereits bekannten stark reizenden Behandlungsweise günstige Resultate erzielt. Er trägt das Oel 3 bis 4mal in 24stündigen Pausen mit einem steifen Pinsel auf und betreicht eine beschränkte Hautstelle, anfangs nur von der Grösse eines 1 Mk.-Stückes. Die bepinselten Stellen werden weiter mit Cataplasmen behandelt. Wenn die Hautpartie stark geschwollen, werden die Haare ausgezogen. In L.'s Fällen wuchs neues Haar sehr bald nach und die Kur war complet. Uebrigens sollen nach L. nur

chronische Fälle, welche andern Mitteln getrotzt haben, dieser Behandlung unterzogen werden, bei Kindern unter 10 Jahren soll sie keine Anwendung finden, und nie soll das Crotonöl über eine grössere Fläche wie die eines 2 Mk.-Stückes aufgetragen werden. Der Hauptvortheil der Methode ist die Kürze der Zeit, in der man zum Ziele kommen kann.

Port (London).

---

14. **Dr. Oberlaender** (Dresden), **Versuche über die Quecksilberausscheidungen durch den Harn nach Quecksilberkuren.** (Vierteljahrsch. für Derm. u. Syph. 1880. 4. S. 488.)

In einem Vortrage im Verein für Natur- und Heilkunde beschäftigt sich O. mit der Frage, wie lange das längere Zeit verabreichte Quecksilber im Organismus verweilt, und wie, auf welchen Wegen und in welcher Zeit die Ausscheidung stattfindet. Seine Polemik gegen Güntz, sowie seine eigenen Versuche müssen im Originale nachgesehen werden. Die Resultate seiner Untersuchungen fasst O. in folgenden Sätzen susammen:

„1) Die durch keine Kurmittel bewirkte, natürliche und freiwillige Ausscheidung von Quecksilber durch den Harn nach Quecksilberkuren lässt sich bis zum 190. Tage nach dem Aufhören der Incorporation nachweisen. Es finden dabei Exacerbationen und Remissionen, auch vollständig ausscheidungsfreie Pausen statt. Erstere können sich bis auf 8, letztere bis auf 10 Tage erstrecken und sind dieselben nicht an frühere oder spätere Perioden in der angegebenen Zeit gebunden; auch sind Schwankungen und freie Pausen in kleinen Zeiträumen von 12—24 Stunden und noch darunter vorhanden.

2) Die auf irgend welche Weise bewirkte künstliche Erhöhung des Stoffwechsels bietet nach den Untersuchungsresultalen eine Möglichkeit, nicht aber eine Wahrscheinlichkeit und am allerwenigsten eine zwingende Nothwendigkeit zur Ausscheidung des Quecksilbers im Harn.

3) Es ist ebensowenig mit Sicherheit erwiesen, dass die Wiedererscheinung des Merkurs im Harn in der gedachten Zeit mit einer Erhöhung des Stoffwechsels, in specie einem vermehrten Eiweisszerfall im Organismus ursächlich zusammenhängt.

Doutrelepont.

---

15. Dr. **Troitzky, Ueber die Wirkung der convallaria majalis bei nervösen Herzpalpitationen und bei organischen Herzfehlern,** (Wratsch No. 47. 1880.)

Verf. wendet inf. convall. maj. (0,36—0,72 ad 180 gr.) 3—4 Löffel pro die bei an nervösen Herzpalpitationen Leidenden mit gutem Erfolg an: die Aufregung nimmt ab, Dyspnoë vermindert sich, die aufgeregte Herzthätigkeit beruhigt sich. Die Wirkung überdauert 5—9 Tage

den Gebrauch und ist dieses Mittel bei solchen Fällen der Digitalis vorzuziehen.

Bei organischen Herzfehlern, namentlich dem der mitralis ist die Wirkung der convallaria majalis der der Digitalis gleichzusetzen. Bei den organischen Fehlern der Aortenklappen ist der Effect, gerade wie der der Digitalis, geringer. —

Krusenstern (Petersburg).

---

16. Dr. **Bojojawlensky, Zur Frage der klinischen und pharmacologischen Wirkung der convallaria majalis.** (Vorläufige Mittheilung aus dem Laboratorium von Prof. Botkin. Wratsch No. 49. 1880.)

Dr. B. mit der klinischen und experimentellen Prüfung der Wirkung von convallaria majalis beschäftigt, theilt vorläufig Ergebnisse seiner Arbeit mit:

A. Experimente an Fröschen: Nach Einführung einer wässrigen Lösung von spirit. Extr. der convall. maj. in den cruralen Lymphsack eines Frosches werden folgende Erscheinungen beobachtet: 1. Verlangsamung der Herzcontractionen und Verstärkung derselben. 2) Unregelmässigkeiten während der Diastole des Ventrikels, bestehend in mangelhafter Erschlaffung der Muskulatur. 3) Vollkommener tetanischer Stillstand des Ventrikels bei fortgesetzter Pulsation der Vorhöfe und sinus venos. 4) Diese einmal eingetretene Form der Herzbewegung wird nicht beeinflusst weder von electrischen, mechanischen und chemischen Reizen, noch von Stanius'scher Ligatur, noch auch von der Durchschneidung oder Reizung der vagi, auch nicht von der Zerstörung des Centralnervensystems. 5) In der 1. und 2. Periode hat die electrische Reizung der vagi den gewöhnlichen Effect. 6) Durch vorhergegangene Durchschneidung der vagi oder Vergiftung durch Atropin wird die Wirkung nicht beeinflusst. 7) Bei vorhergegangener Zerstörung des Centralnervensystems bedarf man zur Hervorrufung der vollen Wirkung grösserer Dosen. 8) Andere Theile des Muskel- und Nervensystems werden nicht beeinflusst.

B. Versuche an Warmblütern. — Bei directer Injection ins Blut der Warmblüter wird hervorgerufen: 1) eine beträchtliche Verminderung der Zahl der Herzcontractionen mit Erhöhung des Blutdrucks. 2) Darauf folgt eine sehr beträchtliche Vermehrung der Frequenz der Herzcontractionen mit noch grösserer Steigerung des Blutdrucks. 3) Herzstillstand mit Sinken des Blutdrucks. 4) Bei vorläufigem Durchschnitt der vagi tritt eine Verminderung der Zahl der Herzschläge nicht ein. 5) Reizung des periph. Vagusstumpfs giebt während der starken Steigerung der Herzcontractionen den gewöhnlichen Effect nicht, dabei werden aber die Schwankungen des Blutdrucks, die von den Athembewegungen abhängen, sichtbar ausgeglichen, welche

Erscheinung während der ganzen Dauer der electrischen Reizung anhält. 6) Constante Ecchymosen unter dem Endocardium der Ventrikel. —

C. Beobachtungen am Krankenbett an 6 Pat. mit Compensationsstörungen (inf. convall. maj. 3,6—7,2 ad 180 gr.): Harnmenge nimmt beträchtlich zu; gleichzeitige schnelle Resorption seröser Transsudate und Verminderung des Körpergewichts; Puls wird voller, regelmässiger und bisweilen langsamer, besonders wenn die Compensationsstörung auf nervöser Basis beruhte; die Stauung im grossen und kleinen Kreislauf vermindert sich. Cumulative Wirkung nicht beobachtet; die Vermehrung der Harnmenge überdauert den Gebrauch. Bei Complicationen des Herzfehlers mit chronischer Nephritis (ein Fall) trat die harntreibende Wirkung, obgleich in geringerem Grade, doch ein.

Krusenstern (Petersburg).

Neue Bücher.

Bergmann, Die Hirnverletzungen mit allgemeinen und mit Herd-Symptomen. (Samml. klin. Vorträge. Nr. 190.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pfg.

Gouguenheim, De la laryngite syphilitique secondaire. Avec une planche en couleur. Paris, Masson. 2 fr. 50 cts.

Graefe, Ueber caustische und antiseptische Behandlung der Conjunctivalentzündungen mit besonderer Berücksichtigung der Blennorrhoea neonatorum. (Samml. klin. Vorträge. Nr. 192.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pfg.

Hu, Etude historique et juridique sur la responsabilité du médecin dans le droit romain, dans notre ancien droit, dans notre droit actuel, précédé d'un aperçu sur la situation juridique des médecins dans le droit romain. Paris, Maresq. 6 fr.

Kraussold, Ueber die Krankheiten des Processus vermiforis und des Coecum und ihre Behandlung nebst Bemerkungen zur irregulären Resektion des Darms. (Samml. klin. Vorträge. Nr. 191.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pfg.

Laboratoire d'histologie du collège de France. Travaux des années 1879—1880 publiés sous la direction de L. Ranvier. Avec 11 planches lithogr., dont 5 en couleurs. Paris, Masson. 20 fr.

Waller, An Investigation into the microscopic anatomy of interstitial Nephritis. Livingstone, Simpkine. 4 sh. 6 d.

Weiss, Ueber Tetanie. (Samml. klin. Vorträge. Nr. 189.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pfg.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **19. März.** **Nro. 2.**

17. Ballard, Pork Poisoning at Welbeck; Description of a New Infective Organism in Hams.

Die Welbecker Vergiftung durch Schweinefleisch; Beschreibung eines neuen inficirenden Organismus in Schinken. (Brit. Med. Journ. 5. März 1881.)

Im Juni des vorigen Jahres trat unter einer Anzahl Personen, die einer Versteigerung in Welbeck beigewohnt hatten, eine sich hauptsächlich in Diarrhoeen äussernde Epidemie auf, welche bei 4 der Ergriffenen in Tod endigte. Aus dem officiellen Bericht, welchen Dr. Ballard kürzlich darüber eingereicht hat, lässt sich folgendes entnehmen:

Zwischen 1500 bis 2000 Individuen waren in dem Welbeck'schen Besitzthum des Herzog von Portland (Nottinghamshire) zusammenge-

strömt. Unter den Erfrischungen, welche am Platze zu haben waren, wurde von vielen der Anwesenden Schinken consumirt. Bei 72 derselben wurde die stattgehabte Erkrankung officiell ermittelt, es scheint aber dass noch viel mehr befallen wurden. Durch Ausschluss anderer Ursachen wurde der Schinken als Giftträger zur Evidenz festgestellt.

Die Fälle waren verschieden, was Schwere der Erkrankung betrifft. Incubationszeit 1 bis $1^1/_2$ Tage und in vielen Fällen traten nach dieser die ersten Krankheitssymptome plötzlich und unerwartet auf; in der Minderzahl bestand schon während der Incubation Appetitlosigkeit, Uebelkeit und Leibschmerz. Der Anfall selbst wurde gewöhnlich durch Colic, Durchfall und Erbrechen eingeleitet, letzteres war nicht immer vorhanden. Die Leibschmerzen waren gewöhnlich sehr heftig und erzeugten bald Erscheinungen von grosser Schwäche mit kalten Schweissen. Die Ausleerungen, in einigen Fällen überaus profus, sollen sehr übelriechend und gewöhnlich schwarz gefärbt gewesen sein. Muskelschwäche war ein frühes und sehr hervorragendes Symptom in fast allen Fällen. Dabei bestand Kopfschmerz mehr oder weniger und in der Regel quälender Durst. Anfangs war die Haut häufig kalt bei Berührung, später trat Fieber auf und die Temperatur stieg in manchen Fällen auf 38,5, 39,5 und 40,0. — In den tödtlich endenden Fällen stellte sich Collaps ein wie bei Cholera. — Die Reconvalescenz zog sich fast durchgängig über mehrere Wochen hin und grosse Schwäche der Betroffenen war dabei sehr auffallend.

Dr. Ballard verschaffte sich den Rest eines der bei der Versteigerung consumirten Schinken, liess auf die Hälfte desselben die Dünste aus den Abzugsröhren in Welbeck (welchen Manche die Epidemie zugeschrieben hatten) einwirken und übergab beide Theile, sowie ein Stück eines rohen Schinkens von der nämlichen Bezugsquelle, ebenso die Niere eines der Verstorbenen, Dr. Klein zur mikroskopischen Untersuchung. Nach Dr. Klein's interessantem Bericht waren Trichinen in keiner der Proben vorhanden, dagegen ergaben alle drei (der rohe (1), der gekochte (2) und der Schinken, welcher dem Abzugsgas ausgesetzt gewesen war (3)) das Vorhandensein einer Species von Bacillus, mit Sporen von demselben, in Zusammenhang mit den Muskelfasern und im intermuskulären Gewebe. Bacillus-Material von Probe 1 und 2 liess sich mit Erfolg züchten. Thierversuche durch Fütterung und Impfung wurden sowohl mit dem ursprünglichen wie mit dem Züchtungsmaterial gemacht. Die mit Probe 3 veranstalteten ergaben sämmtlich ein negatives Resultat; die mit 1 und 2 fast alle ein positives — Erkrankung der Versuchsthiere. Der Sectionsbefund bei den Thieren ergab durchgängig pneumonische Infiltration (einmal mit Pleuritis) oder Lungenhyperaemie. Mehr inconstant kamen vor: Bluterguss ins Lungengewebe, Vergrösserung und Extravasate in der Leber, Milzschwellung, Peritonitis (in 3 Fällen). Bei 2 Hunden, die mit Probe 2 gefüttert und geimpft worden waren und am 8. Tag getödtet wurden, fanden sich bei der Section die Zeichen einer heftigen desquamativen Hyperaemie oder Entzündung des Magens und Darmkanals, im Darminhalt fanden sich Bacillen und wenig Eiterkörperchen. — Bacillen fanden sich in dem Blut von 2 weissen Mäusen, welche 24 Stunden nach der Fütterung und Impfung mit Probe 1 verendet waren; keine

Bacillen liessen sich aber entdecken in dem Blut von 2 andern Mäusen, welche mit Blut von jenen geimpft worden waren. Gleichwohl hatte sich bei letzteren Pneumonie, Leber- und Milzvergrösserung entwickelt. Bei 4 anderen Thieren, deren Blut nach dem Tod auf Bacillen untersucht wurde, liessen sich gleichfalls keine entdecken.

Die Niere von einem in Folge der Infection Verstorbenen ergab die Zeichen von parenchymatöser Entzündung. Die zuführenden Arterien und die Capillaren der Malpighischen Körperchen waren vollgestopft mit Embolis, die aus Bacillen-Massen zusammengesetzt waren.

Die negativen Resultate der Versuche mit Schinken No. 3 erklärt Klein damit, dass durch den Eintritt der Fäulniss die specifisch schädliche Wirkung des Fleisches zerstört wurde, ohne dass die mikroskopischen Befunde eine Veränderung dadurch erlitten hätten.

Die bei der Versteigerung verzehrten Schinken sollen amerikanische gewesen sein.

Port (London).

---

18. **Dr. Seaton, Pork Poisoning at Nottingham; Discovery of the Same Organism as in the Outbreak at Welbeck.** Vergiftung durch Schweinefleisch zu Nottingham; Nachweis des nämlichen Organismus wie beim Ausbruch zu Welbeck. (Brit. Med. Journ. 5. März 1881.)

Ein Mann starb im vorigen Monat zu Nottingham unter cholera-artigen Erscheinungen, und die Erkrankung liess sich auf den Genuss von Schweinefleisch zurückführen. Dr. Seaton ermittelte, dass ausser dem Verstorbenen auch noch dessen Frau und 14 weitere Personen nach Genuss von Schweinefleisch aus dem nämlichen Laden erkrankt waren. Die Symptome sollen ganz ähnlich denen der Welbecker Epidemie gewesen sein.

Die Section des Verstorbenen ergab: flüssiges Blut, Lungen sehr hyperaemisch, von eigenthümlich derber und fleischiger Beschaffenheit, dabei aber doch allenthalben lufthaltig. Mesenterialdrüsen geschwollen und erweicht. — Dr. Klein, welchem Proben des Bluts und der Eingeweide zugeschickt worden waren, konnte die nämlichen Bacillen darin nachweisen, wie im Wellbeck'schen Fall. — Impfversuche bei Thieren ergaben positives Resultat.

Alle übrigen Erkrankten genasen.

Port (London).

19. Lochner (Schwabach), **Ein Fall von Milzbrand beim Menschen.** (Aerztliches Intelligenzblatt. 1881. Nr. 9.)

Ein Metzger erkrankte acht Tage nachdem er eine kranke Kuh geschlachtet. Er hatte sechs Tage nach dem Schlachten zuerst die Empfindung gehabt, als habe ihn eine Fliege heftig gestochen, und hatte ein kleines rothes Fleckchen bemerkt. Es fanden sich am linken Oberarm zwei schwarzblaue Blasen von Wallnuss- und Kirschkerngrösse, eine ebensolche am Mittelfinger der rechten Hand; ferner am rechten Oberarm sechs kleine rothe Stellen wie starke Flohstiche; der ganze linke Arm war sehr stark geschwollen, heiss und schmerzhaft, die Umgebung der Blasen hart, unter den rothen Flecken eine erbsengrosse verschiebbare Infiltration; Achseldrüsen links geschwollen. Hohes Fieber. Therapie: Incision der Blasen, deren Grund ein leicht blutendes, dunkelblaurothes, wie Granulationen aussehendes Gewebe war; örtliche Application von Carbolsäure (Aetzung mit concentrirter Carbolsäure, da sich um den grossen Anthrax die Epidermis in grossen Blasen erhoben hatte, subcutane Injection von 10 Spritzen voll 2procentiger Carbolsäure), innerlich 1procentige Carbolsäure. Am 6. Tage war der Mann gesund. Die Flecke hatten sich in schwarze trockene Schorfe verwandelt, und die Pusteln vertrockneten allmählich. — Bei mikroskopischer Untersuchung (am 4. Krankheitstage) ergab das Blut keinen deutlichen Bakterienbefund.

Das Fleisch der kranken Kuh war an Arme vertheilt worden, von denen Einige Durchfall bekamen. Von dem Blute hatte ein kleiner Hund geleckt, der hierauf vier Tage lang sehr krank war.

Wolffberg.

---

20. Damaschino, Contribution à l'Étude du Muguet. Muguet primitif du pharynx. Beitrag zur Lehre vom Soor. Primärer Soor des Pharynx. (L'union médicale. 1881. No. 14.)

Eine 38jährige hemiplegische Kranke war an einem leichten Rachenkatarrh erkrankt. Einige Tage nach dem Schwinden desselben stellten sich Schlingbeschwerden ein und zeigten sich bei der Inspection beide Mandeln, die Gaumenbögen und die vordere Fläche des Gaumensegels und Zäpfchens mit einer, leicht in kleineren Fetzen ablösbaren, grauweissen Auflagerung bedeckt. Die darunter liegende Schleimhaut zeigte violettrothe Verfärbung, ebenso die die Auflagerung begrenzenden Schleimhautpartieen in der Breite von 2 mm. Fieber und Drüsenanschwellung fehlten. Die mikroskopische Untersuchung abgelöster Fetzen ergab eine grosse Menge Sporen und Schläuche von Oidium albicans mit Epithelzellen vermischt. Im Laufe der nächsten Tage breitet sich die Soorbildung über Zunge und Wangenschleimhaut aus; energische Bepinselungen mit einer Boraxlösung führten bald vollständige Heilung herbei. Der Speichel reagirte stets sauer.

D. hält die primäre Entwicklung von Soor im Pharynx bei Erwachsenen für eine sehr seltene Affection. Zur Entstehung des Soor

sind nach ihm 2 Momente nothwendig: ein günstiger Nährboden und Sporen des Oidium albicans. Bei gutgenährten, gesunden Personen finden die Pilzsporen in der intakten Schleimhaut der Mundhöhle keine zu ihrer Weiterentwicklung günstigen Bedingungen. Anders steht die Sache bei in der Ernährung sehr zurückgekommenen Individuen. In dem letzten Stadium der Phthisis z. B. sinkt mit der allgemeinen Ernährung auch die der Schleimhaut der Mundhöhle; das Epithel stösst sich an verschiedenen Stellen in kleineren oder grösseren Fetzen ab; Schleim und Speichel nehmen saure Reaction an. Gerade an den ihres Epithels beraubten Stellen der Mund- und Zungenschleimhaut finden die Sporen des Soorpilzes einen günstigen Nährboden. Für die Uebertragung des Soors führt D. sodann eine Reihe von Beispielen aus seiner Praxis an. Auch im vorliegenden Falle treffen beide oben erwähnten Momente zu: es handelte sich um eine in Folge von Hemiplegie in der Ernährung zurückgekommene Person, bei welcher die Schleimhaut des Rachens nach dem eben überstandenen Rachenkatarrh noch vulnerabel war, und an dem Tage, an dem bei ihr die Soorbildung zuerst bemerkt wurde, war in dem anstossenden Krankensaale eine Kranke kachectisch zu Grunde gegangen, die seit längerer Zeit an Soor gelitten hatte.

Brockhaus (Godesberg).

---

21. **Herterich** (Würzburg), **Zur Einführung animaler Vaccine.** (Aerztliches Intelligenzblatt. 1881. No. 8.)

Der Verf. hat bereits vor einem Jahre durch seine Versuche und Erfahrungen bewiesen, dass die animale Vaccination mit Erfolgen, die denen der Impfung mit humanisirter Lymphe durchaus ebenbürtig sind, durchgeführt werden könne. Aus seiner neuen Publication ist hervorzuheben: Die Impfung des ersten Kalbes geschah mit hamburger Kalbslymphe, sonst wurde die Lymphe von Thier zu Thier fortgepflanzt; es wurden Doppelkreuzschnitte gemacht (nie unter 120) und Pocken im Umfange eines 10 Pf.-Stücks erzielt. Die Abnahme geschah 5 mal 24 Stunden p. vacc., nach gründlicher Reinigung des Impffeldes durch Spray, mittels Compression der Pustelbasis durch eine massive Klemmpincette. H. schabt nach Platzen der Pocke alles oberhalb der Pincette befindliche Gewebe und Fluidum, d. i. die ganze Pustel ab, und dieser Impfstoff conservirt er unter Hinzufügung einer minimalen Spur Glycerin zwischen Glasplatten; er bringt zwischen je zwei Platten zwei Pocken unter und verschliesst Erstere sofort mit dicker Paraffinlage. Directe Abimpfung vom Kalbe zum Kinde findet nur ausnahmsweise statt. Die Lymphe conservirt sich zwischen den Platten wenigstens drei Monate, und zwar, wie Verf. ausführt, nur dann, wenn die ganze Pustel abgeschabt wird; denn gerade in den festen Bestandtheilen derselben ist nach der ausserordentlich schnellen Gerinnung der animalen Lymphe der wirksamere Impfstoff enthalten. Fäulnisserscheinungen hat H. in den zwischen Gasplatten aufbewahrten Pusteln auch bei mikroskopischer

Untersuchung nicht beobachtet. Die Kosten sind unbedeutend. Verf. hat von vier Thieren 650 Impfungen vorgenommen; jede einzelne verursachte eine Ausgabe von 11 Pf. H. hält die allgemeine Einführung der animalen Vaccination für möglich und nothwendig.

Wolffberg.

---

22. **Dr. Bonamy, Sur plusieurs cas de guérison d'angine diphthéritique et de croup chez les enfants.** Mehrere Heilungen von Diphtherie und Croup bei Kindern. (Bulletin général de thérapeutique 30. Januar 1881.)

Verf. theilt 5 Fälle von Diphtheritis bei Kindern von 2—6 Jahren mit, die alle bei folgender Behandlung durchkamen: 1) Acid. carb. innerlich, um die Infection zu bekämpfen (2—3 mal täglich 1 Kinderlöffel von sirop phénique de Vial); 2) Brechmittel, um die diphtheritischen Membranen zu entfernen; 3) Bepinselung mit einer $^1/_{10}$ Arg. nitric.-lösung; 4) Kali chloricum innerlich (täglich 2—3,0 gr) oder Ammonium aceticum in schwarzem Kaffee gereicht; 5) Tonica oder Stimulantia, um die Kräfte zu erhalten.

Verf. stellte die Diagnose bei den 5 Fällen nach dem Aussehen der Schleimhaut, die unter den Pseudomembranen eingedrückt und etwas blutig war und niemals Substanzverlust zeigte. Er beobachtete dabei in einigen Fällen Epistaxis und chrarakteristischen Ausfluss aus der Nase; in andern wurden Pseudomembranen ausgehustet und er konnte eine Gaumenlähmung konstatiren. Fast in allen Fällen bestanden Stridor und Suffocationsanfälle. Ferner deutete das heftige Fieber, der Verfall der Kräfte und die Anschwellung der Maxillardrüsen auf die Krankheit hin.

Kohts (Strassburg).

---

23. **Zibulsky, Die Verbreitung der Diphtheritis durch Milch. (Wratsch, 1880. No. 48.)**

Letzten Sommer beobachtete Z. auf einem Hofe in der Umgebung von St. Petersburg einen Fall von Diphtheritiserkrankung bei einem siebenjährigen Mädchen, Tochter einer Viehmagd. Das Kind starb; die Kleider der Verstorbenen wurden vernichtet, die Wohnung und die Sachen, welche mit der Kranken in Berührung gekommen waren, soweit möglich, desinficirt. 3—4 Wochen nach dem Tode des Kindes traten mehrere (10) Fälle der Erkrankung an Diphtheritis ein und zwar in denjenigen Villen, die von dem betreffenden Hofe mit Milch versorgt wurden. Alle Fälle verliefen leicht. In allen Landhäusern, welche ihre Milch aus einem zwei Werst entfernten Dorfe bezogen und in jenem Dorfe selbst sind Erkrankungsfälle nicht vorgekommen.

Krusenstern (Petersburg).

---

24. **M. Léon Blondeau, Ueber einen Fall von Scarlatina fruste.** (Note lue à la Société de médecine de Paris dans la science du 9. Oct. 80.)

Verf. theilt eine besondere Form von Scarlatina mit, die Trousseau als Scarlatina bezeichnet hat.

Ein starker Knabe von 7—8 Jahren, dessen 2 Jahre altes Schwesterchen einige Tage vorher eine Scarlatina levis acquirirt hatte, bekommt plötzlich Kopfschmerz, Schmerz in der Nierengegend, Erbrechen und heftiges Fieber. Dabei weder Angina, noch belegte Zunge, noch irgend eine Eruption auf der Haut. Zwei Tage nachher steht der Kranke wieder auf und ist ganz wohl. Er klagt nur über einen Schmerz im Ellbogengelenk. Der Harn ist ganz blutig tingirt, der Kranke legt sich wieder zu Bette, und 48 St. nachher ist der Urin wieder ganz normal, der Schmerz im Ellbogengelenk ist verschwunden und es ist eine vollständige Heilung eingetreten.

Verf. hält diesen Fall für eine Scarlatina fruste, die sich bloss, abgesehen von den Prodromalsymptomen, durch eine Haematurie manifestirt hätte.

Kohts (Strassburg).

---

25. **Ueber die Ernährung der syphilitischen Neugeborenen.** (La Presse médicale belge (Littérature médicale)).

Verf. stellt folgende Grundsätze auf: Da die Ernährung die Hauptrolle bei der Heilung eines syphilitischen Neugeborenen spielt, so muss man ein solches Kind immer an der Brust ernähren, so lange man nicht riskirt, die Amme anzustecken. Ist in dieser Hinsicht Gefahr vorhanden, so soll die Mutter das Kind ernähren. Ist dies unmöglich, so soll das Kind, wenn es keine Symptome von Syphilis an sich trägt, durchaus einer Amme gegeben werden, sonst läuft es grosse Gefahr zu sterben. Tritt das geringste Symptom von Syphilis beim Kinde auf, so muss es der Amme entzogen werden. Verschweigen dies die Eltern, so soll sich der Arzt sogleich zurückziehen und die weitere Behandlung des Kindes aufgeben. Entzieht man das Kind der Amme, so wäre es gewiss sehr zweckmässig, dasselbe durch eine syphilitische Amme ernähren zu lassen. Weiter ist die Eselsmilch der Kuhmilch vorzuziehen.

Die beste Methode, dem Kinde Quecksilberpräparate beizubringen, ist, ihm dieselben vor der Mahlzeit zu reichen, und sie nicht mit der Milch zu vermischen.

Kohts (Strassburg).

---

26. **Dr. Richard Koppe** (Moskau), **Zur Lehre von der Arthrogryposis des Säuglingsalters.** (Archiv für Kinderheilkunde. II. Bd. 4. und 5. Heft. 1881.)

Verf. hat 6 Fälle von Arthrogryposis im Alter von $6^1/_2$ bis 15 Monaten behandelt. Ueber einen kleinen Patienten im Alter von $6^1/_2$ Monaten, und über ein 10 monatliches rachitisches Mädchen wird ausführlicher referirt. In beiden Fällen handelte es sich um hochgradige Rachitis und gleichzeitig um Verdauungsstörungen, nach deren Beseitigung die Arthrogryposis verschwand. Bei dem $6^1/_2$ Monate alten Kinde ging dem Auftreten der Arthrogryposis fast jedes Mal eine Auftreibung des Unterleibes voraus. Durch wiederholt gesetzte Clysmata wurde die Arthrogryposis öfters zum Schwinden gebracht. Verf. definirt die Arthrogryposis als „eine eigenthümliche, symmetrisch und intermittirend auftrende, stets an der Peripherie beginnende, und zum Centrum fortschreitende, wohl ausnahmslos günstig verlaufende tonische Contractur gewisser Muskelgruppen der vier Extremitäten". Nur selten, in sehr schweren Fällen greift dieselbe auch auf bestimmte Muskeln des Rumpfes und des Gesichts über. Es handelt sich bei der Tetanie (Corvisart) um einen tonischen Krampf in gewissen Muskeln, der bald Wochen und Monate in wenig wechselnder Intensität, bald auch nur wenige Stunden andauert. Die krampfhaft afficirten Muskeln sind die opponentes, pollicis et digiti minimi, die 3 interossei, interni und die M. lumbricales, selten sind die 4 interossei externi et abducentes des thenar und antithenar afficirt. Die Hand ist im Carpalgelenk stark gebeugt, mit einer kleinen Deviation nach der Ulnarseite. Die M. flexores carpi radialis et ulnaris, wohl auch der M. palmaris longus sind die contrahirten Muskeln. Der Vorderarm ist im Ellenbogengelenk durch den M. biceps bis zum rechten Winkel gebeugt, durch den Pronator teres stark pronirt. In den Füssen besteht meist die pes equinus- oder die pes equinovarus-Stellung, selten nimmt das Kniegelenk Theil. In allen seinen Beobachtungen constatirte der Verf., dass der Krampf ausnahmlos symmetrisch auf beiden Seiten auftrat, zuerst in den Fingern, dann in den Händen und Zehen, und dass schliesslich bei längerer Dauer und grösserer Intensität der Erkrankung Arme und Beine Theil nahmen. Die Contractur der Muskeln bei höheren Graden der Erkrankung ist mit lebhaftem Schmerzgefühl verbunden, das Verhalten der Hautsensibilität schien keine Abweichungen von der Norm zu bieten. Während des Schlafs weicht die tetanische Starre nicht. Das starke Hervortreten der contrahirten Muskeln fällt bei kleinen Kindern fort, sowohl in Folge des stark entwickelten pannicul. adiposus, als in Folge der geringeren Ausbildung der Muskeln. Verf. war nicht in der Lage, in seinen Fällen das Trousseau'sche Phaenomen (Auftreten der Krämpfe bei Compression der Arterien) anzustellen. In keinem seiner Fälle konnte er Fieber nachweisen, übrigens vermuthet Verf., dass etwaige Fieberbewegungen nie von den Muskelcontractionen abhängig seien, und erinnert dabei daran, dass bei Tetanus das Fieber nicht durch Muskelcontractionen bedingt sei. Die Tetanie kann als symptomatisches und idiopathisches Leiden auftreten. Verf. hält wie die Mehrzahl der Aerzte die Tetanie für einen reflectorischen Vorgang, angeregt

durch Abnormitäten des Verdauungstractus. Ward letztere gehoben, so schwand in den meisten Fällen bald die Tetanie. Alle 6 Kinder, die an idiopathischer Tetanie litten, waren rachitisch.

Kohts (Strassburg).

---

27. **Dr. J. Hock, Doppelseitige Lähmung fast aller Augenmuskeln, Exophthalmus, Neuritis optica, retrobulbärer Abscess, merkwürdiger durch einen Druckverband hervorgerufener Verlauf, Heilung.** (Archiv für Kinderheilknnde, II. Bd. 4. und 5. Heft. 1881.)

Ueber den Grund und die Entstehungsursache der doppelseitigen Augenmuskellähmungen im Kindesalter ist wenig bekannt. In dem folgenden Falle weist sowohl die Aetiologie als auch der Verlauf auf die Natur des Grundübels hin.

Am 6. Juni klagte der 6jährige O. F. über Schmerzen an und in seinem linken Auge, die continuirlich vorhanden wären, und seit 3 Wochen immer heftiger würden. Seit den letzten Tagen sei das linke Auge etwas vorgetreten, und starr geworden, und diese Vortreibung vermehre sich, wenn die Schmerzen heftiger würden.

Im Monat September 1876, also 8 Monate zuvor, soll der Patient heftig auf das Hinterhaupt gefallen sein; eine unbedeutende locale Verwundung am Hinterhaupte resultirt allein aus dieser Verletzung. St. pr. am 6. Juni. Die Oberlider beider Augen hängen schlaff herab, die Lidhaut des linksseitigen oberen Lides ist leicht oedematös, die Venen derselben stärker hervortretend und geschlängelt. Das linke Auge etwa um 5mm. hervorgetreten, die Beweglichkeit desselben fast aufgehoben. Die Beweglichkeit des rechten Auges nach allen Richtungen beschränkt. Accomodation beider Augen intact, die Sehschärfe des linken Auges ist etwas unter der Norm (20/30), die des rechten normal. Beiderseits Stauung in den Retinalvenen, besonders links. — Berührungen des linken Auges sowie Anschlagen der Fingerdoppe auf die linke Temporalgegend rief heftige Schmerzen in der Tiefe des Auges hervor. Ord.: Blutegel an die linke Schläfe, kalte Ueberschläge, mässige Diät und Bettruhe. In den nächsten 10 Tagen nahm der Exophthalmus langsam zu, es entwickelt sich eine Schwellungspapille, (Oedema pap. n. optici), das Sehvermögen sank noch etwas mehr herab, am 13./6. traten profuse Blutungen aus dem linken Nasenloche auf, und am 18./6. stellte sich Oedem der Bindehaut ein, das schnell beträchtlich zunahm. Ord.: Cataplasmen. Am 2./7. hatte sich an der chemotischen Bindehaut nach aussen und unten ein Eiterpunkt entwickelt, und an dieser Stelle wurde mit einem meridionalen Schnitte mit einem Spitzbistouri die Bindehaut etwa 1 cm lang eröffnet. Es entleerte sich etwa ein Kinderlöffel voll dicken blauen Eiters. Der Zustand besserte sich schnell, und Verf., von dem Gedanken geleitet, die Chemose rascher zum Schwinden zu bringen, liess sich verleiten, einen Druckverband anzulegen. Unter dem Einfluss dieses Verbandes bildet sich in Zeit von 24 Stunden eine fortschreitende Corneatrübung, das Kammer-

wasser trübte sich, Chemose der Bindehaut und Schmerz steigerte sich. Am 18./7. ausgiebige Punktion der Vorderkammer; am 21./7. machte Verf. unter Narcose 5 mm vom Hornhautrande entfernt eine ausgiebige Peritomie, ohne die Bindehaut auszuschneiden. Wesentliche Erleichterung erfolgte.

Von da ging der Entzündungsprocess schnell zurück, im weiteren Verlaufe heilte der Substanzverlust der Hornhaut mit einer nur stellenweise dichtern Makel, die aber so unbedeutend war, dass ein Einblick in die Vorderkammer gestattet blieb.

Die wichtigsten Krankheitsprocesse, die etwa in Beziehung zu dem vorliegenden Leiden gesetzt werden, als Syphilis, Tumoren der Dura mater oder der basilaren Gehirntheile, ferner die Thrombose des Sinus cavernosus, konnten ausgeschlossen werden. Es blieb nur übrig einen entzündlichen Prozess anzunehmen, und zwar muss das epidurale und periorbitale Gewebe am innern Winkel der linken oberen Augenhöhlenspalte ursprünglich ergriffen sein, und die Entzündung sich längs des vorderen Antheiles der Sattelgrube gegen die rechte obere Augenhöhlenspalte ausgestrahlt haben. Auffallend war es, dass die Pupillarreaction und die Accomodation intact blieb. Es muss wohl angenommen werden, dass die für Pupille und Accomodation bestimmten Oculomotoriusfasern geschützt (in der Achse) verlaufen, so dass der Druck oder das Uebergreifen eines Entzündungsprocesses auf den Oculomotoriusstamm nicht nothwendiger Weise eine Leitungsunterbrechung jener Fasern zur Folge haben muss. Ein glücklicher Zufall war es, dass in dem mitgetheilten Falle der sinus cavernosus an der Entzündung nicht theilgenommen hatte. — Die Ursache dieser circumscripten Meningitis basilaris ist auf den vor 8 Monaten stattgehabten Fall zurückzuführen. Von höchstem Interesse ist die wahrhaft verheerende Wirkung des Druckverbands im Verlauf von 24 Stunden, wobei ein grosser Theil der Hornhautoberfläche in eine graue necrotische Masse verwandelt, und eine eitrige Iritis mit eitrig sulzigem Exsudate in der Vorderkammer hervorgerufen wurde. — Durch eine Verlöthung zwischen Knochen und Dura am ursprünglichen Orte der Läsion dürfte die Heilung zu Stande gekommen sein.

Kohts (Strassburg).

---

28. **Sieffermann, Hystero-Epilepsie chez un primipare au début de la grossesse. Guérison par un traitement hydrothérapique.** Hystero-Epilepsie bei einer Primipara im Beginn der Schwangerschaft. Heilung durch ein hydrotherapeutisches Verfahren. (Gazette médicale de Strasbourg. 1881. No. 2.)

Der Fall betrifft eine 21 jährige Dame, die bis zu ihrer Verheirathung stets gesund gewesen war und keinerlei Disposition zu nervösen Störungen gezeigt hatte. Im 3. Monate der Schwangerschaft stellten sich Anfälle ein, die als eklamptische angesehen, und als solche, aber ohne Erfolg, behandelt wurden. S., in dessen Behandlung die Kranke darauf überging, beschreibt dieselben folgendermassen. Der

Anfall beginnt mit heftigem Leib- und Kopfschmerz; plötzlich stösst die Kranke einen Schrei aus, fällt hin und unter vollständigem Schwinden des Bewusstseins treten klonische Krämpfe auf. Auf dieses erste convulsivische Stadium folgt ein zweites, bei welchem das Bewusstsein allmählig zurückkehrt, die Kranke grosse Angst und Unruhe verräth, sich schlägt, an den Haaren reisst und in die Finger beisst. Im dritten Stadium ist die Kranke wieder ganz bei Besinnung, bewegt sich aber in Vorstellungen hauptsächlich erotischer Natur. Gewöhnlich beschliesst ein mehrstündiger Schlaf den Anfall. Im Uebrigen sind Abnormitäten in der motorischen und sensibeln Sphäre, sowie in den Funktionen der Sinnesorgane nicht zu konstatiren; manchmal zeigt P. auch ausserhalb der Anfälle Spuren geistiger Störung, hält sich für einen tollen Hund, glaubt, wenn sie läuten hört, dies geschehe zu ihrer Beerdigung. Die Ovarialgegend ist beiderseits gegen Druck sehr empfindlich. Die Therapie bestand in der Application allgemeiner kalter Strahl- und Regendouchen von mässiger Stärke Morgens und Abends. Dieselben werden gut vertragen und schwinden die Anfälle im Laufe eines Monats vollständig. Gegen Anfang des 8. Schwangerschaftsmonats tritt, wahrscheinlich in Folge stärkerer körperlicher Anstrengungen, ein erneuter heftiger Anfall ein, nach welchem Anaesthesie und Gefühl von Eingeschlafensein beider Beine, sowie ein allgemeiner fieberhafter Zustand zurückblieb. Auch hier brachte obige Therapie in 14 Tagen vollständige Heilung. Von da ab verlief die Schwangerschaft normal.

S. macht auf die grosse Seltenheit dieser Art von nervösen Störungen, während der Schwangerschaft entstanden resp. durch dieselbe verursacht, aufmerksam und betont die gute und schnelle Wirksamkeit der Hydrotherapie in vielen ähnlichen, mit der Schwangerschaft in Causalnexus stehenden Affectionen. Besonders überraschende Erfolge will er mit der hydrotherapeutischen Behandlung auch bei unstillbarem Erbrechen der Schwangeren und bei drohendem Abortus gesehen haben.

Brockhaus (Godesberg).

---

29. **M. Jules Simon, Diagnostic différentiel des laryngites chez les enfants.** Differentialdiagnose der Laryngitiden bei Kindern. (Hôpital des enfants-malades.)

Die acute intensive Laryngitis unterscheidet sich von der „laryngite striduleuse“ oder Pseudocroup durch die Verschlimmerung der Symptome, die längere Dauer der Krankheit und die Fiebererscheinungen, während wir es bei dem Pseudocroup mit einer nervösen Krankheit zu thun haben, bei welcher kein Fieber besteht und bei der nach dem Anfall keine Symptome zurückbleiben.

Die Laryngitis, welche bei Variola vorkommt, gleicht dem Pseudocroup ebenfalls nicht, und der Ausschlag stellt bald die Diagnose fest.

Die Laryngitis bei Masern kann manchmal im Prodromalstadium den Pseudocroup simuliren, zumal wenn sie plötzlich in der Nacht auftritt. Jedoch wird die heisse Haut, das starke Fieber, manchmal

das vorhergehende Erbrechen, die gastrischen Störungen und der Nasenausfluss eine Verwechslung mit Pseudocroup verhindern.

Das Bild der pseudo-membranösen Laryngitis oder besser der Croup kann kaum mit dem einer andern Kehlkopfentzündung verwechselt werden, denn wenn wir auch bei Croup ebenso wie bei Pseudocroup und intensiver endzündlicher Laryngitis Suffocationsanfälle haben, so sehen wir bei Croup diese Anfälle sich immer wiederholen und die Asphyxie sich immer steigern, bis der Tod eintritt. Das weiter folgende Bild des Croup ist die zunehmende Asphyxie, der Eintritt von kalten Schweissen, das Sinken der Temperatur und die diphtheritische Intoxication.

Die diphtheritische Intoxication manifestirt sich durch den Tod der rothen Blutkörperchen, die nach Paul Regnard's Untersuchungen aufhören zu functioniren. Wenn man nämlich das Blut eines Kranken, der z. B. an Bronchitis capillaris leidet, in Sauerstoff schüttelt, so wird dieses hellroth, während das Blut eines diphtherit. Patienten in solchen Fällen braun und dick bleibt, kurz keinen Sauerstoff aufnimmt.

Würde endlich eine entzündliche acute Laryngitis Croup vortäuschen, so würde das Aushusten von Pseudomembranen die Diagnose bald sichern.

Kohts (Strassburg).

---

30. **Germain Sée, Diagnostic du cancer pulmonaire.** Diagnose des Lungenkrebses. (L'union médicale. 1881. No. 11.)

S. stellte im Hotel-Dieu einen 46j. Kranken vor, welcher vor 3 Monaten unter heftigen Schmerzen in der linken Thoraxhälfte, starker, durch Bewegung sich steigernder Dyspnoe und einem eigenthümlichen Auswurf — nicht sehr zahlreiche, eitrige, innig mit Blut gemischte Sputa — erkrankt war. Fieber und kachectisches Aussehen fehlten; der Kranke hat bedeutend an Körpergewicht verloren. Die Untersuchung ergiebt vorne links eine umschriebene, nach unten direkt in die Herzdämpfung übergehende, nach oben an Intensität allmählig abnehmende und 2 cm unter der Clavicula aufhörende absolute Dämpfung, in deren Bereich Athemgeräusch und Pectoralfremitus nahezu vollständig aufgehoben sind und keine abnormen Geräusche gehört werden. Links seitlich und hinten sowie rechts ergibt die physikalische Untersuchung nichts Abnormes. In der linken Achselhöhle sowie unterhalb des inneren Endes der linken Clavicula finden sich einige kleine, harte, bewegliche, gegen Druck etwas empfindliche Knötchen. S. stellt die Diagnose auf Carcinom der Lunge und stützt sich dabei auf einige Fälle seiner Beobachtung, die unter ganz ähnlichen Symptomen verlaufen waren und bei denen die Sektion die während des Lebens gestellte Diagnose auf Lungenkrebs bestätigt hatte. Der Auswurf hatte in diesen Fällen genau das Aussehen von Johannistraubengelée, ein nach S. für Lungenkrebs charakteristisches Symptom. S. unterscheidet zwei Formen, unter denen der primäre Lungenkrebs auftritt, die einfache und die mit Compression verschiedener Organe, Art. und Ven. subclavia, Oesophagus

etc. verbundene Form. Für die erstere sind als charakteristische diagnostische Merkmale anzusehen: die Dyspnoe, der Schmerz, der eigenthümliche Auswurf, das Fehlen des Fiebers, die rapide Abmagerung und die physikalischen Symptome: die umschriebene, absolute, auf eine Seite beschränkte Dämpfung mit Aufhebung der Athemgeräusche und des Pectoralfremitus ohne Auftreten abnormer Geräusche. S. glaubt, dass die Berücksichtigung dieser Momente immer die Differentialdiagnose zwischen Lungenkrebs, Phthisis, chronischer Pneumonie und chronischer, umschriebener Pleuritis ermögliche. Bei der comprimirenden Form, bei welcher Oedem des Gesichts und der entsprechenden oberen Extremität, Schlingbeschwerden, Ungleichsein des Radialpulses etc. auftreten können, ist eine Verwechslung mit Aortenaneurysma möglich; doch wird hier das Fehlen der für letztere Affektion charakteristischen physikalischen Symptome die Diagnose sichern.

Brockhaus (Godesberg).

---

31. **Lessdorf** (Bockenheim), **Ueber die Wirkung der comprimirten Luft und über den richtigen Gebrauch des pneumatischen Apparats.** (Betz' Memorabilien. XXVI. 1. Heft. S. 31—37.)

Verf. rühmt die Anwendung der comprimirten Luft im pneumatischen Apparat gegen das Emphysem; selbst schwere Fälle würden durch die comprimirte Luft geheilt; der Apparat muss täglich etwa zwei Stunden und zwar mehrere Wochen hindurch bis zu 50 Sitzungen gebraucht werden. Dasselbe Mittel leiste Vorzügliches gegen acuten und chronischen Bronchialkatarrh, Keuchhusten, Anämie und besonders auch bei Chlorose.

Wolffberg.

---

32. **Ottomar Rosenbach** (Breslau), **Ueber pseudopulmonale und pseudopleurale Geräusche.** (Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1881. No. 4.)

Pseudopulmonal nennt der Verf. ein respiratorisches Geräusch, welches kleinblasigem und mittelgrossblasigem trockenem Rasseln täuschend gleicht, über der Lungenspitze magerer Individuen zuweilen gehört wird, von wirklichem Rasseln hauptsächlich durch Bestehenbleiben während des Anhaltens der Athmung auf der Höhe der Inspiration sich unterscheidet — und durch die respiratorische Contraction der Muskeln hervorgerufen wird; ein pseudopleurales Geräusch wird zuweilen im sechsten bis zehnten Intercostalraum zwischen vorderer und hinterer Axillarlinie gefühlt und gehört, welches ebenfalls ein Muskelgeräusch ist und vom pleuritischen Reiben sich dadurch unterscheidet, dass es fast stets am Thorax symmetrisch auftritt und während der ganzen Beobachtungsdauer eine auffallende Constanz zeigt.

Wolffberg.

---

33. Kostjürin, Ueber die Veränderungen der Pancreasdrüsen bei Phthisikern. (Aus der propäd. Klinik von Prof. W. Manassein. Wratsch 1880. No. 48.)

K. untersuchte 12 gehärtete Pancreasdrüsen von an Phthise Verstorbenen, von welchen die meisten an der käsigen, die nur geringe Minderzahl an der interstitiellen Form gelitten hatten. Alle 12 Kranken haben in letzten Tagen vor dem Tode an Durchfällen gelitten, welche jedoch nicht immer durch Darmgeschwüre bedingt waren.

In 3 von diesen Pancreasdrüsen fanden sich reichliche Bindegewebswucherungen, welche beträchtliche mit kernigem Detritus gefüllte Höhlen umschlossen; die Epithelzellen fehlen in den Drüsenläppchen vollständig; die Acini waren nur mit Zerfallsproducten ausgefüllt. Diese Veränderungen hat K. im Pancreaskopf besonders ausgeprägt getroffen. In 2 Fällen fand er die Drüsenläppchen und ihre Peripherie mit weissen Blutkörperchen durchsetzt. In allen übrigen Pancreaspräparaten mehr oder weniger entwickelte fettige Degeneration der Epithelzellen im ersten und zweiten, bisweilen auch im dritten Stadium, manchmal auch interstitielle Wucherung.

Krusenstern (Petersburg).

---

34. A. Fraenkel. Ueber Oxalsäurevergiftung. (Zeitschr. f. klin. Med. v. Frerichs u. Leyden. 1881. Bd. II. H. 3. S. 664—674.)

Im Eingang seiner Abhandlung theilt Fraenkel einen Vergiftungsfall mit, den zu beobachten er Gelegenheit hatte und der besonders wegen des Verhaltens der Harnsecretion, beziehentlich der dieselbe bedingenden Organe interessant ist. Patient hatte für 10 Pfennig Oxalsäure (vulgo Zuckersäure) in einem halben Glase Wasser verschluckt. 10 Minuten später starkes Erbrechen wässriger Flüssigkeit, welches sich den Tag über noch mehrfach wiederholte. Zugleich bestand Diarrhoe. Das Erbrechen und die Faeces sollen schwärzlich gefärbt gewesen sein, Schmerzen oder Brennen im Magen wurde nur während des Brechaktes bemerkt. Am Abend desselben Tages folgender Status praesens: Das Sensorium des kräftig gebauten Pat. völlig frei, Klage über starke Kopfschmerzen, Brennen im Halse, andauernde, aber nur von geringem Erfolge begleitete Brechneigung. Beim Erbrechen und bei Druck auf das Epigastrium lebhaftes Schmerzgefühl im Magen. Radialis enge, wenig gespannt, Puls 54 in der Minute, Respiration 28, nicht dyspnoëtisch. Herztöne auffallend schwach, aber rein. Haut feucht, kühl. Körpertemperatur 35,5 C. Zunge stark grauweisslich belegt, in Mund und Rachenhöhle keine Aetzung. Leib weich, mit Ausnahme der Magengegend ohne Schmerz. Häufiges Aufstossen, vom Geschmack der Oxalsäure begleitet. Urin nicht vorhanden. Excessive Abgeschlagenheit.

Therapie: Eisblase auf den Kopf und die Magengegend. Innerlich Eispillen und Kalkwasser.

Am folgenden Morgen T. = 37,2, P. = 92, R. = 20; Abends T. = 37,1, P. = 84, R. = 24. Gefässspannung etwas aufgebessert, das Gefühl der Prostration unverändert. An Stelle des Erbrechens tritt nur noch häufiges Aufstossen bei bestehender Uebelkeit auf. Druck auf das Epigastrium wird weniger schmerzhaft empfunden, Zunge schwefelgelb belegt. Mässiges Durstgefühl. Kein Stuhl, kein Urin.

Da Patient vom Tage seiner Aufnahme an bis zum Morgen nach dem oben beschriebenen Tage noch keinen Urin gelassen, wurde der Katheter applicirt. Dabei wurden jedoch nur 30 ccm eines klaren, stark eiweisshaltigen Urins entleert. Mikroskopisch enthielt derselbe eine mässige Anzahl ziemlich kleiner, ein- oder mehrkerniger Rundzellen, sowie spärliche, theils vereinzelte, theils gekreuzte Krystalle in Gestalt rechtwinkliger, an den vier Ecken abgeschrägter Täfelchen. (Oxalsaurer Kalk), rothe Blutkörperchen oder Cylinder wurden nicht bemerkt. Am Morgen dieses Tages T. — 36,5, P. = 84, R. = 22. Die Eisblase wurde weggelassen, ausser dem Kalkwasser noch ein Infusum flor. Stoechad. citric. gereicht.

Am folgenden Morgen T. = 36,5, P. 72. Der Kopfschmerz besteht fort, dagegen ist das Epigastrium schmerzlos, Nausea und Ructus sind verschwunden. Stuhlgang war am Tage vorher in normaler Färbung aufgetreten. Seit dem vergangenen Nachmittag bis zu diesem Morgen 110 ccm leicht getrübten Harn entleert, stark eiweisshaltig, spec. Gew. 1007. Auch diese Portion zeigte die schon beschriebenen Krystalle in sehr erheblicher Anzahl neben einer mässigen Menge von Lymphkörperchen, grosse Mengen von intakten Nierenepithelien und wenig hyaline, ziemlich kurze, breite Cylinderfragmente, zum Theil dicht mit Nierenepithelien besetzt.

Von da ab stieg die Urinsecretion allmählig an, dagegen bestand das Schwächegefühl noch längere Zeit hindurch fort. Eiweiss, sowie das übrige Harnsediment wurden noch 10 Tage nach der Vergiftung im Harn nachgewiesen. Die anfänglich weit unter der Norm sich bewegende Harnmenge vergrösserte sich allmählig in dem Maasse, dass an Stelle der Minderausscheidung eine komplete Polyurie trat, welch letztere noch zur Zeit der Entlassung des Pat. (circa 3 Wochen nach der Aufnahme) anhielt.

Fraenkel theilt eine tabellarische Uebersicht mit über das Verhalten des Harns, sowie einiger seiner Bestandtheile während der Krankheitsdauer. Aus derselben ergiebt sich, dass die Harnmenge in 20 Tagen (den Tag der Vergiftung, wo dieselbe noch gleich Null war, nicht mitgerechnet) von 0 bis 4070 ccm anstieg, das specifische Gewicht reicht von 1007—1009. Der in 24 Stunden producirte Harnstoff betrug am 4., 5. und 6. Tage nach der Vergiftung nur 2,48—4,73—9,77 gr, von da ab stieg die tägliche Ausscheidung allmählig bis auf 35,61 gr. Ebenso verhielt sich die Quantität des Chlornatrium im Harn, dieselbe betrug in den 3 genannten Tagen 0,45—0,86—2,26 gr, um schliesslich die Höhe von 25,23 gr zu erreichen. Oxalsäure wurde erhalten: vom 4. und 5. Tage nach der Vergiftung zusammen 0,0182 gr, vom 6. 0,0756 gr, vom 7. und 8. zusammen 0,0261, von

den folgenden Tagen (immer zwei zusammen genommen) 0,0695—0,0785 —0,0786 gr.

Die hervorragendsten Symptome des ganzen Krankheitsverlaufes sind die starke, andauernde Prostration sowie das Verhalten des Harnapparates. Die sonst bei Oxalsäurevergiftung bemerkte Dyspnoe und perverses Verhalten der Hautnerven etc., wurden dieses Mal, wohl in Folge der verhältnissmässig geringen eingeführten Giftmenge, nicht wahrgenommen.

Die Ursache der bedeutenden Verminderung der Harnsecretion ist nach F. nicht allein als ein Produkt der gleichzeitig bestehenden Nierenaffektion aufzufassen. Vielmehr ist bei der schwierigen Löslichkeit des von einem Theil der Oxalsäure im Organismus gebildeten Kalkoxalates die Stockung der Harnsecretion auch bedingt von einer durch die starke Ausscheidung des genannten Salzes gesetzten Verstopfung der Harnkanälchen. Dabei kommt dann ferner noch im vorliegenden Krankheitsfalle die bedeutende Abstossung der Epithelialzellen mit in Frage, die gleichfalls zur Obturation der Harnkanälchen beitragen musste.

Indess ist die Anurie sowie das Auftreten von Eiweiss in dem, in der ersten Zeit nach Cessiren des letzteren gelassenen Harn beim Menschen nicht regelmässig mit Oxalsäureintoxikation, wie ein zweiter, von F. mitgetheilter Fall beweist, wo bei mangelndem Harneiweiss gleich von Anfang an reichliche Mengen von Kalkoxalat ausgeschieden wurden. Dem entsprechend zeigte auch der Harn zu keiner Zeit eine Volumsabnahme. Es ging aus dem ganzen Verlauf dieses zweiten Falles hervor, dass die eingeführte Oxalsäure in grossen Mengen und kurzer Zeit wieder ausgeschieden wurde, nach dreimal 24 Stunden war die Ausscheidung derselben beendet. Nur am 2. Tage nach der Vergiftung traten spärliche Cylinder und Epithelien im Harn auf.

Schliesslich theilt F. noch den anatomischen Befund der Kaninchenniere nach Oxalsäurevergiftung mit. Uebereinstimmend mit Kobert und Küssner fand er die Ablagerung des Kalksalzes regelmässig in der Rinde beginnen und von da ab mit abnehmender Intensität sich auf die übrigen Abschnitte der Harnkanälchen erstrecken. Eine eigentliche Veränderung des Nierenparenchyms wurde nicht bemerkt, jedoch lässt Verf. es dahingestellt, ob beim Menschen dieselbe nicht trotzdem relativ häufig in Verbindung mit Oxalsäurevergiftung vorkommt und mit dazu beiträgt, Störungen in der Wasserausscheidung durch die Nieren herbeizuführen.

Schulz.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. 31. März. Nro. 3.

Thymol als Wurmmittel.

Nachtrag zu der Orginalmittheilung in No. 1, 1881; von Prof. C. **Bozzolo**, Director der propädeutischen Klinik zu Turin.

In weiteren Beobachtungen über die Wirkung des Thymols stellte es sich heraus, dass einmal nach der Darreichung der ersten Dosis in drei Entleerungen mehr als 650 Anchylostomen aufgefunden wurden, und dass in den nachfolgenden Stühlen keine Anchylostomeneier wieder sichtbar waren.

Ausserdem haben zwei Kranke, in deren Faeces man Eier von Trichocephalen bemerkte, nach der Darreichung des Thymols Trichocephalen, Männchen und Weibchen entleert. Es scheint dies sehr der Beachtung werth, weil man bis jetzt kein Mittel kannte, welches gegen Trichocephalen wirksam gewesen wäre. Ich glaube, dass der Dosis des Thymols und seiner relativen Unlöslichkeit die Wirkung zuzuschreiben ist.

---

35. **Dr. Ocks, Beobachtungen über febris recurrens.** (Wratsch 1881. Nr. 1 u. 3.)

Verfasser hat M o t s c h u t k o w s k y's Angaben in 108 ausgesprochenen Recurrensfällen, die den Typen der Motschutkowsky'schen Curven genau entsprechen und lange genug (13—15 Tage), als Re-

convalescenten im Krankenhause verblieben, einer Controle unterworfen. Bei solchen Temperaturcurven, wo M. den Anfall prognoscirt, ist es O. in 24 Fällen gelungen, 22 Mal eine richtige Rückfallsprognose zu stellen. Die übrigen 2 Fälle entzogen sich der Beobachtung nach 13 und 15 Tagen. — Bei Temperaturcurven, wo M. das Ausbleiben des Anfalls prognoscirt, bestätigte sich die Prognose in 12 (unter 200) Fällen 10 Mal; die übrigen 2 Patienten bekamen den Anfall am 4. Tage. Bei Temperaturcurven, wo die Prognose unsicher ist: a) in 11 Fällen kam der Anfall 2 Mal, b) in 8 Fällen 4 Mal, c) in 23 Fällen 8 Mal, d) in 30 Fällen 17 Mal.

Verf. theilt ausserdem einige Beobachtungen über die Wirkung des Calomels bei febris recurrens mit. Aus seinem Material suchte er mehr oder weniger analoge Fälle in Bezug auf die Zeit der Erkrankung, des Wohnorts, der Verwandtschaft u. s. w. aus. Die Resultate, zu denen er gekommen ist, sind aus folgender Tabelle sichtbar:

	I Anfall.	I Apyr.	II Anfälle.	II Apyr.	III Anfälle.	Je ein Anfall.	in %.	Je zwei Anf.	in %.	Je drei Anf.	in %.	Summa.
Calomel-behandl.	$6^3/_7$ Tage.	$5^{24}/_{25}$.	$2^7/_9$.	$3^5/_9$.	$1^{11}/_{18}$.	11 Fälle.	$19^4/_{14}$.	27.	$48^3/_{14}$.	18.	$32^1/_7$.	56 Fälle.
Antipyr. Behandl.	$6^{15}/_{28}$.	7.	$2^{21}/_{23}$.	$1^3/_4$.	$1^3/_4$.	33.	$58^{13}/_{14}$.	19.	$33^{13}/_{14}$.	4.	$7^1/_7$.	56.

1) Bei Calomelbehandlung beschränkt sich die febris recurrens in 60% der Fälle auf einen Anfall, bei antipyretischer aber nur in 20%. 2) In übrigen Fällen, wo weiter Anfälle wiederkehrten, war die erste Apyrexie länger (um 1—2 Tage) und die zweite, in den seltenen Fällen, wo ein dritter Anfall noch eintrat, kürzer, als ohne Calomelbehandlung.

3) Die Dauer der Anfälle bleibt bei Calomelbehandlung durchschnittlich unverändert.

Der gemischten Behandlung wegen hält O. diese Schlüsse nicht für unangreifbar, glaubt aber, dass ein weiteres Studium in dieser Richtung sich als ergiebig erweisen würde.

Krusenstern (Petersburg).

---

36. **M. Jules Simon, De la fièvre typhoide chez les enfants.** Ueber Typhoid der Kinder. (Revue médicale française et étrangère 19. Febr. 1881.)

Jules Simon verwirft absolut die Kaltwasserbehandlung. Für die gewöhnlichen Fälle schlägt er folgende Behandlung vor:

1. Das Kind soll alle 12 Stunden das Zimmer wechseln.
2. Man verordne aromatische Abwaschungen des ganzen Körpers. Dabei sollen die „natürlichen Oeffnungen" rein gehalten werden, und

zu diesem Zweck Morgens und Abends ein desinficirendes Clysma gegeben werden.

3. Man gebe bald Branntwein oder Malaga mit Wasser vermischt, und von dem 4. oder 5. Tage an alle 3—4 Stunden Fleischbrühe oder Milch. Gegen Diarrhoe gibt er bei Kindern von 8—10 Jahren Morgens und Abends 2 Tropfen Laudanum in einem Clysma; gegen Meteorismus ein leichtes Laxans, z. B. ein Glas Hunyadi-Janos-Wasser, 2 Mal per Woche.

Endlich bei schweren Fällen, die mit Enteritis oder Peritonitis complicirt sind, Aufschläge auf den Bauch mit Belladonna und Hyoscyamus, ferner Clysmata mit 5—6 Tropfen Laudanum.

Bei Symptomen seitens der Brust: trockene Schröpfköpfe, ein Vesicator, das nur so lange liegen bleibt, bis die Haut roth wird, grosse Dosen Malaga oder Branntwein, ja keine Brechmittel.

Bei Gehirnsymptomen Moschus in grossen Dosen, Bromkalium 1—2,0 gr pro die, Vesicatore, die 4—5 Stunden lang liegen bleiben, und Watteeinpackungen.

Kohts (Strassburg.)

---

37. **Dr. L. M. Reuss, De la syphilis infantile.** Syphilis der Kinder. (Journal de thérapeutique, 10. Maerz.)

Verf. ist der Ansicht, dass man bei einem von syphilitischen Eltern geborenen Kinde sogleich nach der Geburt die antisyphilitische Behandlung beginnen müsse, selbst wenn es noch keine Symptome von Syphilis an sich trägt, und nicht abwarten solle, bis solche sich zeigen. Die Quecksilberbehandlung wird also gleich in den ersten Tagen begonnen, und während einiger Zeit fortgesetzt; es ist rathsam damit in der Zeit aufzuhören, wo gewöhnlich die ersten Symptome von Syphilis sich beim Neugeborenen zeigen (Ende des ersten und Anfang des 2. Monats). Sobald dieselben deutlich aufgetreten sind, so wird die Behandlung wiederum aufgenommen. Eine der besten Medicationen beim Kinde sind die Einreibungen von grauer Salbe auf die Stellen, die mit Urin oder Faecalmassen nicht verunreinigt werden. Das Ung. cinereum simplex ist vollständig genügend. Man wird jedesmal 1,0 gr anwenden, und bis 2,0 gr steigen. Innerlich giebt man pro die 3 mgr Sublimat in Syrup, Milch etc., und nur in gefährlichen und dringenden Fällen darf man bis zu 1 ctgr steigen. Bei Hautaffectionen kann man Sublimatbäder zur obigen Behandlung hinzufügen. Bei Affectionen der Mundschleimhaut touchirt man leicht mit dem Lapisstift, oder bepinselt mit einer schwachen Lösung von Arg. nitricum. Bei Coryza müssen die Krusten durch Nasendouchen entfernt, und die Schleimhaut mit einer schwachen Sublimatlösung bespült werden; nachher wird eine schwache Quecksilbersalbe aufgetragen, um die Bildung neuer Krusten zu verhüten.

Ausser der oben angegebenen Behandlung muss das Kind sehr rein gehalten werden, es muss oft die Wäsche wechseln, ferner vor jeder Erkältung geschützt werden, endlich in einer warmen Temperatur verweilen.

Kohts (Strassburg).

---

38. **Dana** (New-York), **On the Benignity of Syphilis.** Ueber die Gutartigkeit der Syphilis. (N. Y. med. Rec. 5. Febr. 1881. S. 141.)

Während D. als Arzt in dem New-Yorker Spital für Matrosen thätig war, hatte er Gelegenheit, circa 2500 Matrosen mit einiger Genauigkeit zu untersuchen. Dabei fiel ihm der relativ geringe Schaden auf, der auf venerische, besonders auf luëtische Infection zurückzuführen war. Darauf aufmerksam geworden, untersuchte er die während seiner übrigen Dienstzeit vorkommenden Fälle noch sorgfältiger und entwarf sich eine Tabelle, worauf die Ergebnisse 378 solcher Fälle verzeichnet sind; dieselbe ist in der Abhandlung mitgetheilt. Hier seien nur die Resultate seiner Zusammenstellung mitgetheilt, wie er sie selber (S. 143) anführt:

I. Syphilis hat bei den amerikanischen Matrosen einen sehr milden Verlauf und ist denselben körperlich weniger hinderlich als der weiche Schanker oder Tripper mit ihren Complicationen und Folgen.

II. Dieser Verlauf findet auch ohne entsprechende regelmässige Behandlung — ja fast immer dem unregelmässigen Leben und ungesunder Umgebung zum Trotze — statt.

Hiernach sei es gestattet zu schliessen:

a) dass Syphilis heilbar ist, b) dass sie häufig eine Neigung zu spontaner Heilung hat, c) dass die jetzige Gutartigkeit des syphilitischen Giftes zuzuschreiben ist zum Theil der schon lange bestehenden Behandlung, zum Theil einer allmäligen Aenderung entweder des Giftes oder der befallenen Organismen (Anpassung).

Warren.

---

39. **Prof. A. Christiani, Experimentelle Beiträge zur Physiologie des Kaninchenhirnes und seiner Nerven.** (Monatsber. der kgl. Akad. d. Wissensch. Berlin, Februar 1881.)

Die Beobachtung von W. Siemons, wonach Arbeiter bei Versuchen über elektrisches Licht über Uebelkeit und auch wohl über Erbrechen zu klagen hatten, besonders wenn das Licht intermittirend wirkt und die Ansicht von du Bois-Reymond, wonach bei der sogenannten Bergkrankheit (puna) die Blendung durch den Schnee eine ähnliche Rolle spiele — Thatsachen, welche die Vorstellung erwecken müssen, dass Reflexe vom Opticus auf den Vagus vorkommen, veranlassten Verf. zu einer experimentellen Prüfung dieses Verhältnisses. Direkte Reizung des in der Orbita frei präparirten Sehnerven, sowie der daselbst liegenden Trigeminuszweige beim Kaninchen mittelst sehr schwacher Induktionsströme bei Helmholtz'scher Anordnung, so dass in die Tiefe greifende Nervenschleifen ausgeschlossen werden dürften, ergaben beim Opticus Beeinflussung der Athmung sowohl, wie Veränderung der Herzthätigkeit bis zum Stillstande.

Opticus und Trigeminus unterscheiden sich dabei wesentlich von einander, indem die elektrische Reizung des ersteren beschleunigend

auf die Athmung bezüglich inspiratorisch wirkte, und zwar wenn auch weniger ergiebig, so doch ganz nach Art des von Traube und Rosenthal am Halse des Kaninchens gereizten centralen Vagusendes, während die Beeinflussung der Athmung durch Trigeminusreizung ganz im Gegensatz nur in exspiratorischem Sinne erfolgte. Die Details der weiteren Untersuchung dieser Thatsachen, sowie die Centren, an die sie geknüpft, sind im Original nachzusehen und wird Verf. selbige in einer Monographie ausführlich veröffentlichen.

In Kürze fasst er seine Resultate zusammen, indem er sagt, dass auf drei centripetalen Wegen Anregungen zur Inspiration an den das allgemeine Athmungscentrum bildenden Complex von Ganglienkugeln hervortreten, nämlich:

1) durch die Sinnesthore: Auge und Ohr,
2) durch die Sinnesnerven der Haut,
3) durch gewisse Vagusfasern,

während Hemmung und aktive Exspiration durch die übrigen Vagusfasern, durch den Trigeminus und durch die pathischen Fasern der anderen sensiblen Nerven gesetzt wird. Zu Grunde liegen, so scheint es, dem ganzen Athmungsvorgange in regelmässigen Perioden erfolgende, nicht reflektorische Erregungen des Athmungscentrums.

Ferner theilt Verf. Beobachtungen über das Verhalten nicht gefesselter Kaninchen bei sprungweise fortschreitender Enthirnung mit und zwar boten Kaninchen, denen nach Entfernung des Schädeldaches beide Grosshirnhemisphären und die Streifenhügel trotz nicht unterbundenen Carotiden bei minimaler Blutung gänzlich exstirpirt wurden, einen von dem nicht enthirnten Thiere kaum sich unterscheidenden Anblick dar; sie benahmen sich auch Eingriffen gegenüber ebenso, nur reagirten sie auf sonst für Kaninchen bedeutungslose Geräusche. Mit einem Schlage aber änderte sich das Verhalten sämmtlicher des Grosshirns und der Streifenhügel beraubten Thiere bei einer Schnittführung vor den Vierhügeln ohne Verletzung des Pons, also bei Abtragung der Sehhügel oder bei ausgiebiger Zerstörung der Gegend des im ersten Theile der Arbeit näher localisirten Inspirationscentrums des dritten Ventrikels. An die Integrität der unmittelbaren Nachbarschaft dieses Centrums zeigte sich die zur Ortsveränderung und zur Erhaltung des Gleichgewichtes beim Sitzen und Stehen nöthige Coordination gebunden, bezüglich der Details und der Einwirkung des Strychnins in den verschiedenen Phasen der Operation muss auch hier auf das Original verwiesen werden.

Kochs.

---

40. J. L. **Prevost, Contribution à l'étude des phénomènes nommés réflexes tendineux.** Beitrag zum Studium der sogenannten Sehnenreflexe. (Revue médicale de la Suisse Romande. 1881. H. 1, 2 u. 3.)

P. gibt zunächst eine Uebersicht der einschlägigen Arbeiten von Brown-Sequard, Charcot, Vulpian, Erb, Westfal u. A. Als Resultat derselben ergibt sich, dass das Kniephänomen ein physiologischer Vor-

gang ist, während das Fussphänomen nur unter pathologischen Bedingungen beobachtet wird. Das Fehlen des ersteren ist ein werthvolles Symptom für die Diagnose der Tabes im Anfangsstadium, charakteristisch für Hinterstrangsclerose des Lendenmarks, wird ferner beobachtet in Fällen von Paralyse mit Aufhebung der Functionen des Rückenmarks oder mit Erkrankung der vorderen Wurzeln (diphtheritische Paralyse), sowie endlich zuweilen bei der infantilen Paralyse und der progressiven Muskelatrophie. Eine Verstärkung des Kniephänomens, in der Weise, dass schon ein schwacher Schlag auf das lig. patellae eine Contraction des Extensor cruris oder auch mehrere aufeinanderfolgende Zuckungen dieses Muskels (trépidation épileptoide) auslöst, sowie das Auftreten ähnlicher Erscheinungen in andern Muskelgruppen (Fuss- und Fingerstrecker) findet sich, und zwar immer in Verbindung mit einer gewissen Rigidität, zuweilen starre Contractur der Muskeln, bei der von Erb sogenannten spasmodischen Tabes (Sclerose der Seitenstränge), sowie bei der secundären Sclerose in Folge von Malum Pottii, Hemiplegien etc., endlich bei hysterischen Contracturen; bei diesen letzteren bildet die Verstärkung der Sehnenreflexe oft das zuerst beobachtete Symptom (Charcot). Bezüglich der physiologischen Erklärung des Kniephänomens gehen die Ansichten der Forscher noch auseinander; doch machen es die neuesten Arbeiten von Schultze und Fürbringer, sowie von Tschirjew sehr wahrscheinlich, dass es eine Erscheinung reflektorischer Natur ist. Auch die Untersuchungen von Burkhardt, Brissand, Gower u. A. bezüglich der Zeit, welche zwischen dem Schlag auf die Sehne und der Muskelcontraktion verläuft, sprechen dafür, dass es sich um einen reflektorischen Vorgang handelt. M. A. Waller kam zu andern Resultaten. Nach ihm ist die Dauer des Vorgangs eine zu kurze, um als ein Reflex angesehen werden zu können; auch kann er bei Annahme eines Reflexvorganges nicht begreifen, warum nur mechanische, nicht aber elektrische Reizung der Sehne die Muskelcontraktion auslösen soll. Er hält die Integrität des Rückenmarks zum Zustandekommen des Phänomens für nöthig, aber nur, weil dadurch der Muskeltonus erhalten werde, dessen Vernichtung das Kniephänomen unmöglich mache. Nach P. spricht gegen Waller's Ansicht der Umstand, dass es in vielen Fällen möglich ist, durch Percussion der Sehne der einen Seite eine, wenn auch meist nicht starke Contraktion des Muskels der andern Seite zu erzeugen.

P. berichtet sodann über eine Reihe von Experimenten, die er an Kaninchen und Katzen angestellt hat. In der ersten Serie (7 Exp.) studirte er den Einfluss der Durchschneidung des Rückenmarks in verschiedener Höhe auf das Kniephänomen. Er fand im wesentlichen Tschirjew's Versuche bestätigt: das Kniephänomen verschwand, wenn er das Rückenmark in der Höhe des 6 Lendennerven oder direct ober- resp. unterhalb dieser Stelle durchschnitt, ebenso nach Durchschneidung der hintern Wurzel des 6 Lendennerven und des n. cruralis, in den letzteren beiden Fällen natürlich nur auf der entsprechenden Seite; das Kniephänomen erschien verstärkt nach Durchschneidung des N. ischiadicus oder seiner Wurzeln sowie des Rückenmarks weiter ober- resp. unterhalb der oben erwähnten Stelle.

In der zweiten Serie von Experimenten (4) untersuchte P. den

Einfluss des Curare und der Anaesthetica auf die Sehnenreflexe. Mit Curare und Chloroform konnte er das Kniephänomen zum Schwinden bringen, nicht aber mit Aether, Chloralhydrat (1 gr in die V. cruralis einer Katze in mehreren Theilen eingespritzt) und Morphium (0,075 gr).

Die dritte Serie von Experimenten machte P., um den Einfluss zu studiren, welchen die Unterbrechung der Circulation auf das Kniephänomen ausübt. Untersuchungen von Brown-Séquard, Schiff, Kussmaul, Tenner u. A. hatten ergeben, dass Muskeln, Nerven und selbst die meisten Faserstränge des Rückenmarks ihre physiologischen Eigenschaften noch einige Stunden nach vollständigem Abschnitt der Blutzufuhr bewahren, während die graue Marksubstanz dieselben sehr rasch einbüsst. P. fand, dass bei Kaninchen nach Compression der Bauchaorta (er führte dieselbe durch die unversehrten Bauchdecken hindurch aus) in den ersten 4—6 Secunden das Kniephänomen sich verstärkte, dann an Deutlichkeit abnahm und nach 40—50 Secunden dauernder Compression ganz verschwand. Directer Schlag auf den M. triceps löste dann noch Contraktion desselben aus. Wurde die Compression aufgehoben, so trat das Kniephänomen allmählig wieder ein und zwar um so rascher, je kürzere Zeit dieselbe gedauert hatte.

Schliesslich stellt P. auf Grund seiner Experimente folgende Sätze auf:

1) Die am Rückenmark und den Nervenwurzeln ausgeführten Durchschneidungen beweisen, dass beim Kaninchen die Integrität des sechsten Lendennervenpaars (entsprechend dem 3. oder 4. Lendenpaare beim Menschen) zur Hervorbringung des Kniephänomens erforderlich ist.

2) Die Verletzungen des Rückenmarks im Niveau oder etwas oberhalb des Austritts des sechsten Lendenpaares vernichten das Kniephänomen, sobald sie ein wenig tief gehen.

3) Die Anaemie des Rückenmarks, kervorgerufen durch Compression der Bauchaorta, modificirt das Kniephänomen: nach einigen Secunden der Compression verstärkt sich dasselbe für einige Secunden und nimmt dann ab, um nach einer Compression von 45 Secunden ganz zu verschwinden.

4) Hebt man die Compression auf, so erscheint das Phänomen wieder nach einer Zeit, die je nach der Dauer der Compression zwischen 15 Secunden und mehreren Minuten schwankt.

5) Die Anaesthetica können das Kniephänomen vernichten, wenn die Betäubung tief genug ist. Das Verschwinden des Phänomens in der Narcose kann als Symptom drohenden Collapses angesehen werden.

6) Das Kniephänomen wie die als „epileptoides Zittern“ bezeichnete Verstärkung desselben kann sich auf die andere Seite übertragen; dies beobachtet man vor Allem bei Thieren, denen das Rückenmark in der Dorsal- oder Lumbodorsalgegend quer durchschnitten ist.

7) Das Kniephänomen ist reflektorischer Natur und hat seinen Ursprung direct im Rückenmark. Es wird nur durch Reizung der Sehne, nicht durch die der Haut hervorgerufen.

Brockhaus (Godesberg).

41. **Glatz, Considérations sur l'irritation spinale.** Betrachtungen über Spinalirritation. (Revue médicale de la Suisse romande. 1881. Heft 2.)

G. ist ein Anhänger der Theorie von Hammond, dass die Spinalirritation verursacht wird durch Anaemie des Rückenmarks, besonders der hinteren Stränge. Sie kann von allgemeiner nervöser Reizbarkeit begleitet und die Ursache dieser letzteren sein. Die Symptome sind verschieden je nach dem Theil des Rückenmarks, der anämisch ist: Schwindel, Migräne, Gesichtsschmerz bei Anaemie des Cervicaltheils, Brustbeklemmung, Erbrechen bei Anaemie des Dorsaltheils, Ischias, Neuralgien der Eingeweide, des Uterus, der Ovarien, der Blase bei Ergriffensein des Lendenmarks. Charakteristisch für Spinalirritation ist das Auftreten schmerzhafter Punkte an verschiedenen Stellen der Wirbelsäule, leichter Druck auf die Dornfortsätze, schwache elektrische Reizung, oft schon die einfache Berührung mit einem mit warmem Wasser angefeuchteten Schwamm genügt, an den betreffenden Punkten lebhafte Schmerzempfindung hervorzurufen. Nach G. zeigen diese schmerzhaften Punkte die Stellen an, wo Anaemie des Markes vorhanden ist. Manchmal klagen die Kranken nicht über Schmerzen im Rücken, sondern in andern Körpertheilen und erst eine genaue Untersuchung der Wirbelsäule ergibt das Vorhandensein schmerzhafter Punkte und damit die Diagnose der Spinalirritation. Die von G. behandelten Fälle betrafen sämmtlich anämische Frauen, welche überhaupt das weitaus grösste Contingent (nach G. $^3/_4$ aller Fälle) zu dieser Krankheitsform stellen.

Den Beweis, dass es sich bei der Spinalirritation um Anaemie und nicht, wie einige Autoren wollen, um Hyperaemie des Rückenmarks handelt, glaubt G. dadurch erbracht, dass durch horizontale Rückenlage, welche die Blutzufuhr zum Wirbelkanal begünstigt, die Beschwerden bei Spinalirritation gemildert werden, während bei Congestivzuständen des Rückenmarks das Gegentheil der Fall ist. Die mit letzteren verbundene Parese oder Paralyse von Blase und Rectum wird bei Spinalirritation nicht beobachtet. Ebensowenig finden sich bei dieser die der beginnenden chronischen Myelitis zukommenden Symptome von Anaesthesie und Analgesie der Haut.

Bezüglich der Therapie bei Spinalirritation empfiehlt G. ein allgemein roborirendes Verfahren: stickstoffreiche Nahrung, viel Aufenthalt in frischer Luft, Einathmung von Sauerstoff und komprimirter Luft, kalte Douchen und Salzbäder. Um die Blutzufuhr zum Rückenmark zu fördern, räth er zur Anwendung der Hydrotherapie und zur Galvanisirung des Rückenmarks; es ist gleichgültig, ob der Strom auf- oder absteigend ist; gewöhnlich setzt G. den negativen Pol ans Genick oder 4—5 cm oberhalb des schmerzhaften Punktes, den positiven 4 cm unterhalb desselben an. Die Stärke des Stromes muss nach der Empfindlichkeit des Kranken regulirt werden. Von innern Mitteln hat G. von dem, schon von Hammond empfohlenen Phosphorzink und der Nux vomica Erfolge gesehen, doch gibt er dem hydro- und elektrotherapeutischen Verfahren den Vorzug.

Brockhaus (Godesberg).

42. **Reichert** (Newack N. Y.), **Case of hysterical Arthritic Hyperaesthesia.** Fall von hysterischer Gelenkhyperaesthesie. (N. Y. med. Rec. 12. Febr. 1881. S. 173.)

Bei einem Mädchen von sieben Jahren entwickelten sich Symptome eines acuten fieberhaften Gelenkrheumatismus. Da die gewöhnliche Behandlung erfolglos war und andere Erscheinungen auf den hysterischen Charakter des Leides deuteten, so wurde die Diagnose in diesem Sinne abgeändert und nun eine entsprechende Behandlung eingeleitet, die auch wirklich erfolgreich war. Nach der Beschreibung der Mutter scheint das kleine Mädchen einen ausgesprochenen globus gefühlt zu haben. — Sonstige Details sind im Original zu finden.

Warren.

---

43. **Nikanoroff, Ein Fall von Sarcoma der Brusthöhle.** Aus der Klinik von Prof. Hotkins. (Esjenedelnoja klinitscheskoja gaseta 1881*) Nr. 5.)

N. beschreibt ausführlich einen Fall von einer während des Lebens diagnosticirten Neubildung in der Brusthöhle, welche später durch die Section bestätigt worden ist. In den ersten Tagen der Beobachtung hielt man die Erkrankung für eine linksseitige Pleuritis; doch bei der längeren, genauen Beobachtung des Pat. wurden Erscheinungen bemerkt, die den Verdacht auf eine Neubildung in der Pleurahöhle lenkten und zwar folgende: 1) Dyspnoe asthmatischen Charakters, welche mit Schmerzanfällen abwechselnd auftrat, wie es bei exsudativer Pleuritis kaum vorkommen dürfte, da diese Anfälle unabhängig von einander und mit verschiedener Intensität verliefen. 2) Fehlen der Hervorwölbung der Intercostalräume und dabei relativ beträchtliche Thätigkeit der Intercastalmuskeln während der Athmung. 3) Zeitweilige Schlingbeschwerden. 4) Die Punktion ergab stets (3 Mal) negatives Resultat: es entleerten sich nur einige Bluttropfen, keine Spur von exsudativer Flüssigkeit. — Die Dyspnoe war variirend: die gewöhnliche Respirationsfrequenz betrug 30—34 in 1', bei bisweilen auftretenden Anfällen asthmatischen Charakters wurde sie bis auf 40 hinaufgetrieben. Die Temperatur war gewöhnlich normal, zuweilen subfebril, bis 38,2. — Das Herz nach rechts verdrängt.

Die Section bestätigte die Annahme einer Pleurageschwulst und zwar eines markigen, spindelzelligen, aus einzelnen kleinen Knötchen bestehenden, Sarcoms. Es fand sich ausserdem, dass die linke Hälfte des Zwerchfells in Folge der Geschwulst eingesunken und nach unten vorgewölbt war; die Trachea und Bronchen waren von den Geschwulstmassen umgeben, die Speiseröhre war nach rechts und nach hinten verdrängt; die hintere Wand des parietalen Blattes des Pericardiums in die Höhle desselben hineingedrängt.

Krusenstern (Petersburg).

*) Klinische Wochenschrift.

44. **Dr. Julius Schreiber, Entstehung und Bedeutung der Doppeltöne im peripheren Gefässsystem** (mit specieller Berücksichtigung derselben in der Cruralarterie). (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVIII. p. 243.)

Nach einer kurzen Einleitung, in der hauptsächlich die Ansichten von Friedreich und Bamberger kritisch beleuchtet werden, präcisirt Verf. die Aufgabe seiner Arbeit dahin: 1) die Friedreich'schen Beobachtungen zu bestätigen und 2) eine Erweiterung der bisherigen Kenntnisse von den physikalischen Bedingungen der Doppeltöne, besonders der rein arteriellen, zu liefern. — Nach seinen Untersuchungen können auch negative Wellen in den Arterien und Venen Ursache von Tönen werden. — In den Cruralvenen glaubt Verf. 1) systolische, 2) systolische und diastolische, 3) alternirende Doppeltöne sowohl durch die Auskultation als durch das Sphygmogramm nachgewiesen zu haben; in allen 3 beobachteten Fällen bestand relative Tricuspidalinsufficienz. Die systolischen und einfachen Töne erklären sich analog den Tönen in den Halsvenen. Der in einem Fall beobachtete diastolische Ton hatte seine Entstehungsursache in einer länger dauernden Contraction des stark überfüllten Vorhofs. Den alternirenden Doppelton erklärt Verf. aus der in dem Fall durch die Section nachgewiesenen concretio pericardii. Aehnlich wie Traube den zweiten Cruralton bei Aorteninsufficienz aus der plötzlichen Spannungsänderung der Arterienwand erklärte, vermuthet Verf., dass durch den Zug der systolisch eingezogenen und diastolisch sich ausdehnenden Rippen eine plötzliche centripetale (negative) Strömung des Venenblutes entstanden und durch die Schwingungen der zusammenfallenden Venenwand der zweite Ton erzeugt sei. — In zwei andern Fällen konnte Verf. gemischte Doppeltöne, d. h. in der Arterie und in der Vene gebildete, beobachten. In beiden Fällen handelte es sich um wahre Insufficienz der Aortenklappen und relative der Tricuspidalklappen, im zweiten wurde eine Verspätung der Arterienpulse constatirt. Der zweite des jemaligen Doppeltons erklärte sich einfach aus der positiven Anspannung der Arterienwand. Den ersten fasst Verf. in einem Falle als präsystolischen Venenton auf, zu diesem Schluss führten ihn die deutliche präsystolische Pulsation der Halsvene und das Sphygmogramm der Cruralvene. — Im zweiten Fall konnte man nach innen vom Cruralarterienpuls einen deutlichen Schlag fühlen, dem analog auch die Curve des Cruralvenenpuls eine Erhebung zeigte; der deutliche Halsvenenpuls war synchron dem Spitzenstoss, die Arterienpulse dagegen fand man bedeutend später. Verf. hält daher diesen ersten Ton für einen systolischen Venenton. Zum Schluss dieses ersten Theils der Arbeit kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass mit Ausnahme der Dicrotie in den Venen unter pathologischen Verhältnissen dieselben auscultatorischen Phänomene zu erwarten sind, wie in den Arterien.

Der zweite Theil der Arbeit stellt sich die Hauptaufgabe, den Nachweis zu liefern, dass nicht nur in positiver Spannung der Gefässwand, sondern auch in entgegengesetzten physikalischen Vorgängen gespannter Membranen die Fähigkeit der Tonbildung gelegen ist (Traube); zum Beweise dafür werden 2 Fälle von Aorteninsufficienz

angeführt, von denen der erste mit einer Insufficienz und Stenose der Mitraklappe verbunden war. In diesem wird der Doppelton als systolisch — systolischer aufgefasst, der erste, mehr ein Vorschlag, erschien synchron mit dem Spitzenstoss, der zweite längere mit den Arterienpulsen. Aus einem an der Cruralis aufgenommenen Pulsbild, von einer Beschaffenheit, wie es nach Verfs. Ansicht noch nicht beobachtet worden ist, wird der Schluss gezogen, dass dieser erste Ton entstand im Anfang der Systole, durch ein plötzliches Zusammenfallen der Arterienwand, bedingt durch eine Entleerung des Arterienblutes nach den Venen zu, in denen, wie Verf. mit Mosso annimmt, bei jedem Anfang einer Herzsystole sich eine Bewegung des Blutes nach dem Herzen zu geltend macht. Für den Doppelton im zweiten Fall schliesst sich Verf. der Erklärung Traube's an. — Endlich beobachtete Sch. in 2 Fällen Doppeltöne ohne Erkrankung des Klappenapparates. — Nach einer nochmaligen detaillirteren Auseinandersetzung der beobachteten Gefässtöne, bespricht Verf. die Möglichkeit des Einflusses der Respiration auf die Doppeltöne. Zum Schluss wird hervorgehoben, dass auch an andern Gefässbezirken alle Bedingungen zur Entstehung von Doppeltönen sowohl in Arterien wie Venen gegeben seien; und in der That hat Verf. gelegentlich in der Brachialvene, in der Axillararterie und im obersten Theil der Brachialarterie derartige acustische Phänomene constatiren können.

Lachmann (Giessen).

---

45. **Prof. Dr. L. Uffelmann** in Rostock, **Was ist im Laufe der letzten zwei bis drei Jahre auf dem Gebiete der Kinderernährungsfrage geleistet worden?** (Archiv für Kinderheilkunde 1880. Heft 10 und 11.)

Verf. beginnt mit einer Besprechung dessen, was in der Physiologie der Verdauung der Kinder gefördert ist und bedauert, dass wesentlich Neues nicht geliefert ist. Was die Secretion des Speichels anlangt, so ist derselbe erst vom 9. oder 10. Monat vollständig fähig, Stärke in Zucker zu verwandeln; damit stimmen auch die Erfahrungen überein, dass eine mehlhaltige Kost in den ersten Monaten nicht vertragen wird; von den Stärkesorten bietet die Maisstärke die günstigsten Verhältnisse dar, insofern sie schnell in Zucker übergeführt wird und die grösste Menge liefert. Die geringsten Zuckermengen liefert die Kartoffelstärke. Das täglich abgesonderte Quantum des Speichels beträgt für ein Kind von 18 Monaten 126 gr.

Bezüglich der Funktionen des Magens ist von Zweifel bei ausgetragenen Kindern die peptonisirende Eigenschaft des Magensecretes nachgewiesen; von Selmi, Heintz und Hammarsten ist gefunden, dass die Milch nicht blos bei saurer, sondern auch bei neutraler und alkalischer Reaction gerinnen kann, und dass diese Gerinnung durch ein Ferment, das Lab, zu Stande kommt, welches sich im Magen neben dem Pepsin, mehr in der Gegend des Fundus als am Pylorus vorfindet.

Ueber die Faeces von Kindern sind keine umfassende Untersuchungen gemacht worden; dieselben sind nach Camerer und Hartmann viel geringer bei Darreichung von Muttermilch als bei Darreichung von Kuhmilch; über den Fettgehalt des Faeces hat Biedert Untersuchungen gemacht; derselbe soll bei gesunden Kindern im Mittel 9,7 % Fett enthalten; ist in diarrhoeischen Stühlen der Fettgehalt abnorm vermehrt, beträgt er 40—60 %, so ist dies nach Biedert das Kriterium der Fettdiarrhoe. Verf. glaubt, dass die Zahl der Untersuchungen Biederts nicht genügend ist, um Mittelzahlen bezüglich des Fettgehaltes aufstellen zu können, da intercurrent häufig stark vermehrter Fettgehalt der Faeces bei gut gedeihenden Kinder vorkommt.

Dann erwähnt Verfasser die Arbeiten über den Stoffwechsel der Kinder, hauptsächlich die von Anna Schabanowa, welche an 16 gesunden, 2—13 Jahren alten Kindern eines Spitals in 146 Tagesbeobachtungen die Tagesmenge des Urines und Harnstoffes, die Tagesmenge der Nahrung, so wie die täglichen Gewichtsverhältnisse bestimmte; sie fand, dass sämmtliche Kinder, welche von einer gemischten Kost zu einer reinen Milchkost übergingen, eine Abnahme des Gewichtes und eine Verminderung des Harnstoffes zeigten.

Ueber den Verbrauch des Kindes an Kalk hat Voit Angaben gemacht. Dasselbe braucht im ersten Jahre pro Tag 0,55—2,37 gr; beim Uebergange von Milch zu gemischter Kost tritt leicht Kalkmangel ein, da Mehl sehr arm an Kalk ist. Dann erwähnt Verf. die Arbeiten von Ahlfeldt, Hähner und Camerer, welche an ihren eigenen Kindern die Gewichtszunahme, die genossenen Nahrungsmengen, die Zahl der Tages-Mahlzeiten beobachteten. Die Hauptzunahme fiel bei dem Kinde Ahlfeldts und Hähners in den 2., bei dem Kinde Camerers in den 2. und 3. Monat; ebenso nahm das Tagesquantum täglich zu. Die Zahl der Tages-Mahlzeiten betrug 2—5.

Verf. weist auf den grossen Nutzen und die Nothwendigkeit der regelmässigen Wägungen kleiner Kinder hin, da geringe Abnahmen des Gewichtes nicht durch das Auge, sondern nur durch die Wage erkannt werden können.

Von allen Methoden der Ernährung ist natürlich die mit Muttermilch bei weitem die beste. Was die Zeit des Absetzens betrifft, so ist nach Jacobi der 8. bis 10. Monat am besten, wenn die erste Gruppe der Schneidezähne durchgebrochen sei.

Bauzer entwöhnt allmählich und nicht in der Sommerhitze. Er giebt bereits vom 5. Monat an Kuhmilch und Nestle'sches Kindermehl, mit dem Erscheinen der Augenzähne soll die Ernährung vollendet sein; Vogel will, dass das Kind so lange trinkt, als es die Brust nimmt und dabei gedeiht; doch soll die Stillung nicht über das erste Jahr hinausgehen; Fleischmann will entwöhnen, wenn die tägliche Zunahme unter dem normalen Mittel bleibt.

Ob menstruirende und schwangere Frauen stillen sollen, hat Archembault behandelt; nach ihm ist das Stillen menstruirender Frauen für die Kinder nicht nachtheilig, doch beim Stillen schwangerer Frauen treten oft Ernährungsstörungen bei den Kindern auf, oft gedeihen dieselben aber auch gut.

Ob die Milch syphilitischer Mütter schädlich sei, darüber gehen

die Ansichten auseinander; die Milch tuberculöser Mütter ist entschieden gefährlich, nur Bauzer behauptet, dass man tuberculösen Müttern das Stillen ruhig gestatten könne.

Was nun die Methoden der künstlichen Ernährung betrifft, so geben die ersten Kinderärzte der Kuhmilch bei weitem den Vorzug. Damme will durch Kuhmilch bessere Resultate erzielt haben, als durch jedes andere Surrogat. Fleischmann empfiehlt nächst Muttermilch in erster Linie Kuhmilch, er lässt sie kochen, auf Säure untersuchen, bei zu befürchtender Säuerung ein Alkali zusetzen und verdünnt sie in der ersten Lebenswoche mit 2—3 Theilen Gerstenschleim oder Hausenblasenwasser; vom 3. Monat an giebt er unvermischte Kuhmilch.

Sehr gute Resultate erzielt derselbe Autor bei schwächlichen Kindern durch die Verbindung von Kuhmilch mit Kalbfleischbrühe in steigendem Verhältniss 1 : 2, 1 : 1 und 2 : 1. Kormann hat auch von den künstlichen Ernährungsmitteln durch Kuhmilch am meisten Erfolg gesehen; nach ihm soll die Milch von Kühen genommen werden, die trocken im Stall gefuttert werden; dann verdünnt er die Milch mit Haferschleim und Zucker und zwar nimmt er im ersten Monat 3 Theile Schleim und ein Theil Milch, vom Ende der 4. Woche 2 Theile Schleim auf ein Theil Milch. Auch Drechsler und Kohlmann stimmen darin überein, dass Trockenfütterung die beste Milch giebt, nur Krug glaubt, dass die Milch von Kühen, welche auf die Weide getrieben werden, die beste sei.

Albrecht empfielt Kuhmilch mit Zusatz von Lactin, welches eine feinflockige Gerinnung der Milch im Magen bewirken soll. Perrot will kräftigen Kindern in den ersten 2—3 Tagen nur Zuckerwasser oder ein anderes indifferentes Getränk geben. Von den künstlichen Ernährungsmitteln empfiehlt er vor allen Eselinnenmilch, nach dieser die Ziegenmilch und dann erst die Kuhmilch und zwar jede Milchart unvermischt; ebenso theilt Harkin in der Ulster medical Society mit, dass er der Milch selbst in den ersten Lebensmonaten nie Wasser zusetzt und vorzügliche Resultate erzielt habe.

Dann erwähnt Verfasser die Experimente von Bollinger, welcher durch die Milch perlsüchtiger Kühe bei Schweinen Tuberculose erzeugt; Verf. theilt dann zum Beleg einen Fall aus seiner eigenen Praxis mit. Ein Kind gesunder Eltern, gesund geboren, bekam anfangs die Brust und gedieh. Als diese versiechte erhielt das Kind Kuhmilch und zwar immer von derselben Kuh und ungekocht; anfangs entwickelte sich das Kind gut, vom 7. Monat an bekam es Bronchialkatarrh, verlor an Gewicht und es entwickelten sich Knoten im subcutanen Gewebe des Gesichtes, Kopf, Rücken und Extremitäten, von Erbsen- bis Haselnussgrösse, welche erweichten und aufbrachen. Die Milch war jetzt stark wässerig und wurde ausgesetzt. Die Kuh hustete, wie jetzt Nachfragungen ergeben und war stark abgemagert. Der Tod des Kindes erfolgte im 11. Monat unter den Erscheinungen des hektischen Fiebers und unter profusen Durchfällen. Section des Kindes ist nicht gemacht.

Dann bespricht Verf. die Erfahrungen über die condensirte Milch, die Urtheile der verschiedenen Autoren lauten fast alle ungünstig; nach Damme und Fleischmann ist dieselbe für die ersten acht bis zwölf Wochen ein mittelmässiges Nahrungsmittel, für Kinder der

spätern Monate erweist sie sich als unzureichend, sie erzeugt anämische Zustände und Rachitis; die Schuld liegt nach Fleischmann an dem zu grossen Zuckergehalt, dann an der Art der Verdünnung. Vogel ist der einzige, der Kinder bei dieser Ernährung gedeihen sah. Das Biedert'sche Rahmgemenge empfiehlt hauptsächlich Kormann für Kinder der ersten 10—12 Wochen, welche Kuhmilch nicht vertragen, und Biedert selbst. Dasselbe enthält nur 1 % Caseïn und 2,4 % Butter und 3,8 % Milchzucker, das künstliche Rahmgemenge enthält statt des Kuhmilchcaseïns Kalialbuminat, welches sich nach Biedert leicht auflöst, und sich ebenso verhält wie das Caseïn der Frauenmilch; auch das Fett wird gut vertragen und will Biedert bei dieser Ernährung gute Gewichtszunahmen erzielt haben. Verfasser glaubt, dass erst weitere Prüfungen angestellt werden müssen, ehe ein endgültiges Urtheil über dieses Rahmgemenge abgegeben werden kann.

Verf. bespricht dann die verschiedenen Kindermehle, theilt die Analysen mit und verwirft dieselben mit andern Aerzten für Kinder in den zwei ersten Monaten; dieselben werden nicht verdaut und rufen Diarrhoeen und Rachitis hervor; Verf. verlangt mit Hoffmann, dass auf den Büchsen und Packeten die chemische Zusammensetzung angegeben werde.

Verf. kommt zu dem Schlussresumé, dass von allen künstlichen Ernährungsmitteln die Kuhmilch bei weitem vorzuziehen sei; erwähnt, dass in vielen Städten Deutschlands zahlreiche Milchwirthschaften mit polizeilicher Controle eingerichtet seien, und dass die Zahl der Milchverfälschungen gegen früher bedeutend abgenommen hat, erwähnt mit Anerkennung die jüngst in England behufs Erlangung einer guten Milch erlassenen Verordnungen und das in Frankreich über den Ammendienst und über die Controle der Pflege fremder Kinder erlassene Gesetz. Zum Schluss lobt noch der Verfasser die Bestrebungen, welche in Deutschland gemacht werden, um die Grundprinzipien der Kinderernährung zu vertreten, so das Vorgehen des ärztlichen Bezirksvereins zu Dresden, auf dessen Veranlassung allen Müttern gedruckte Rathschläge über Kinderernährung zugesendet wurden, dann die Aerzte, die in populären Schriften die Grundlehren der Kinderpflege verbreiteten.

Kohts (Strassburg).

---

46. Gottsacker, Zur Histogenese der tuberkulösen Darmgeschwüre.
(Inaugural-Dissertation, Bonn 1881.)

Die tuberkulöse Verschwärung des Darmkanals beginnt am Follikelapparat. Die erste Erscheinung ist ein käsiger Zerfall des Follikels, dessen Umgebung sich zellig infiltrirt und granulirt und zwar so, dass dicht um den Follikel eine zellig infiltrirte, dann eine aus Granulationsgewebe gebildete, dann wieder eine zellig infiltrirte Zone folgt. Durch Usur der Decke des Follikels und Entleerung des Inhaltes entsteht ein offenes Geschwür. Der Vorgang der Verkäsung und Geschwürsbildung an sich ist nicht tuberkulös. Tuberkel finden sich erst in dem Granulationsgewebe, in jener mittleren Zone der Um-

gebung. Hier liegen Haufen von Rund- und epithelioiden Zellen, einzelne Riesenzellen und solche mit Zellhof. Der ganze Process in der Umgebung des Follikels schreitet vielfach auch auf die Arterien fort und bewirkt hier eine homogene Quellung der ganzen Wandung, die zu Verengerung oder Verlegung des Lumens führt, ein Umstand, der für den mehr oder weniger raschen weiteren Zerfall der Umgebung des Geschwüres von Wichtigkeit ist.

Aus dem Gesagten folgt, dass die tuberkulösen Ulcera des Darmkanals nicht durch Zerfall zuerst gebildeter Tuberkel, sondern durch Nekrobiose der Follikel entstehen. In der granulirenden Umgebung der letzteren bilden sich erst Tuberkel und es kommt somit die Tuberkulose des Darmkanals nach Art einer primären Tuberkulose zu Stande. Die ganze Entwicklung ist für die Aetiologie der Darmgeschwüre wichtig. Es ist nicht wahrscheinlich, dass verschluckte Sputa, aus tuberkulösen Lungenprocessen herrührend, die Veranlassung zur Darmtuberkulose bieten, da sonst doch wohl primär Tuberkel und durch deren Zerfall die Geschwüre entstehen müssten. Jedenfalls aber, wenn auch die Sputa schuldig sind, ist ihre Einwirkung keine specifische, da der Beginn des Processes eine Nekrobiose ohne tuberkulöse Eigenschaften darstellt.

Ribbert.

---

47. Aus der Sitzung der New-Yorker Pathologischen Gesellschaft.
(N. Y. med. Rec. 5. March 1881. S. 270.)

I. Aneurysma der Aorta thoracica.

Patient, ein 40jähriger, dem Trunk ergebener Irländer, klagte seit 2 Jahren über Hustenanfälle mit schleimig-eitrigem Auswurf, der mitunter mit Blut leicht gefärbt war, ohne dass eine eigentliche Hämoptoe bemerkt worden wäre. Neben einiger Dyspnoe bestand ein anhaltender Schmerz in der rechten Seite. Zwei Wochen vor der Aufnahme hatten alle Symptome bedeutend zugenommen, die Kräfte hatten stark abgenommen, hohes Fieber war vorübergehend hinzugetreten. Die Ergebnisse der Untersuchungen sind unvollständig mitgetheilt, nur seien keine Herzgeräusche erkennbar gewesen. Binnen wenigen Tagen starb Pat. nach drei nicht sehr heftigen Blutungen. Sectionsbefund: Linkes Herz hypertrophisch, in den Aortenklappen vier Löcher; in einer Klappe der Pulmonalis ebenfalls ein kleines Loch; an den Klappen des linken Ventrikels auch Zeichen einer acuten Entzündung, die Aorta stark atheromatös degenerirt. Auf der hintern Seite des Bogens neben der Ursprungsstelle der Innominata war ein hühnereigrosses Aneurysma, welches die Trachea an zwei Stellen perforirt hatte. Ein darin befindliches Blutcoagulum schien als Kugelventil gewirkt zu haben.

II. Hodgkin'sche Krankheit (Billroth's „malignes Lymphom").

Es wurde über 2 Fälle berichtet und die bezüglichen Präparate demonstrirt. In dem einen Fall fand man eine sehr grosse Sagomilz,

vielleicht in Folge des chirurgischen Eingriffes. Während des letzten Lebensmonats enthielt der Urin grosse Quantitäten Eiweiss. Der andere Fall zeichnete sich durch choreaartige Bewegungen des linken Armes, die etwa 2 Tage vor dem Tode auftraten und zeitweilig von allgemeineren Convulsionen begleitet waren. Der Bericht enthält keine Beschreibung des Schädelinhaltes. Lymphome innerer Organe sollen gefehlt haben. Weitere Details sind im Original nachzusehen.

III. Carcinom des Pancreas, Absperrung des ductus choledochus mit cavernöser Metamorphose der Leber.

Die Symptome waren: Schmerz im Epigastrium, der vor einem Jahr auftrat, zeitweiliges Erbrechen, rasche Abnahme der Kräfte, darauf nicht anhaltende Gelbsucht mit Oedem der untern Extremitäten; kurz vor der Aufnahme plötzliche Verschlimmerung, auch thonartige Färbung der Faeces. Bei rascher Zunahme der Schmerzen mit starker Dyspnoe erfolgte bald der Tod. Der etwas Blut enthaltende Urin soll keine Nierenerkrankung angedeutet haben — von einer Untersuchung auf Zucker ist nichts berichtet. Sectionsbefund: Herz klein mit etwas fettiger Degeneration; Lungen oedematös; Nieren intensiv congestionirt und gelb gefärbt, die Kapseln etwas verdickt und adhärent. Der Kopf des Pancreas war der Sitz eines apfelsinengrossen Tumors, der hinter dem Duodenum liegend den ductus choledochus umgab und denselben vollständig versperrte. Die Leber, die das Aussehen eines Schwamms darbot, war mit Blut gefüllt und gelb tingirt; ihr Gewicht hatte um etwa das Doppelte zugenommen. Die enorm ausgedehnte Gallenblase enthielt 350 ccm Galle, auch die übrigen Gänge waren sehr stark ausgedehnt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte den carcinomatösen Charakter des Tumors. Metastasen sind nicht erwähnt.

Warren.

Neue Bücher.

Auffret, Manuel de Dissection des régions et des nerfs. Paris, Doin. 7 fr.

Berenger, Feraud, Traité clinique des maladées des Européens aux Antilles. 2 voll. avec planches et cartes. Paris, Doin. 16 fr.

Cassin, Recherches cliniques sur l'Albuminurie de la grossesse, du travail et des suites des couches. Paris, Doin. 2 fr. 50 cts.

Gerardin, Recherches sur la cavité prépéritonéale de Retzius et sur son inflammation avec une planche en chromolithographie. Paris, Doin. 2 fr. 50 cts.

Guyon, Atlas des maladies des voies urinaires 1 livr. Paris, Doin. 12 fr. 50 cts.

Hensch, Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Berlin, Hirschwald. 16 M.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. 5. April. Nro. 4.

48. **Litten, Beiträge zur Lehre vom Abdominaltyphus.** (Charité-Annalen, VI. Jahrg. S. 103—135.)

I. Ueber das Verhältniss der Darmaffection zur Intensität der allgemeinen Erkrankung.

Für die bekannte und anerkannte Thatsache, dass zwischen Intensität der Darmaffection und der Schwere der allgemeinen Symptome keine genaue Proportionalität besteht und dass bisweilen bei Fällen mit besonders schwerem Verlauf der Befund im Darm ein auffallend geringer ist, führte Verf. als Beispiel 3 Fälle an.

Der erste Kranke, ein 18jähriger Tischler, starb am 16. Krankheitstage in der zweiten Periode des Abdominaltyphus, nachdem schwere Krankheitserscheinungen (hohes Fieber, starker Kräfteverfall, Stupor, Decubitus, Albuminurie, tonische Krämpfe der gesammten Muskulatur) vorhergegangen waren. Bei der Autopsie fanden sich nur in der Nähe der Bauhin'schen Klappe vereinzelte in Vernarbung begriffene Geschwüre, die Schwellung der Peyerschen Haufen und einzelner Follikel sehr gering. Milztumor, Schwellung der Mesenterial-Drüsen. Hypostatische Pneumonie.

Zweiter Fall. 24jährige Dienstmagd wird am 8. Tage der Erkrankung mit schweren Erscheinungen aufgenommen. 3 Tage später Abort nach einer Gravidität von 3 Monaten. Nach dem Tode, welcher wegen Sepsis und anderer Ursache 4 Wochen nach der Aufnahme erfolgte, fand sich nur ein einziges Typhusgeschwür.

Dritter Fall. 17jähriger Sattler. Aufnahme am 14. Krankheitstage, 4 Tage später Tod an Perforations-Peritonitis. Es fanden sich bei der Section nur 2 erbsengrosse Thyphusgeschwüre über der Bauhin'schen Klappe, von denen eines perforirt war, bedeutende Schwellung von Milz und Mesenterial-Drüsen.

Es liegt also für viele Kranke die Gefahr des Thyphus nicht in der auf den Darm localisirten Affection, sondern in der Durchseuchung des gesammten Körpers und desshalb sind manche an und für sich unschuldige Complicationen deletär.

Es giebt fernerhin Krankeitsfälle, welche unter dem typischen Bilde eines schweren Abdominaltyphus verlaufen und dennoch entspricht der anatomische Befund nicht in der gewöhnlichen Weise den klinischen Symptomen. So fand Litten bei 3 schweren Fällen von Ileotyphus übereinstimmend in der 4. Woche (einmal in der 3. Woche) Schwellung von Milz, Mesenterial-Drüsen, Solitär-Follikeln und Peyer'-schen Haufen ohne Geschwürsbildung, während nach der gewöhnlichen Erfahrung zu diesem Zeitpunkte die Typhusgeschwüre schon in der Heilung begriffen sind. Ein Irrthum in der Diagnose lag nicht vor, ein Typhus levis ebenfalls nicht, die Patienten waren kräftige Männer in mittleren Jahren. Die Fälle erinnern an den Darmbefund bei Typhus des Kindes- sowie des Greisenalters, da Geschwürsbildung zu den Seltenheiten gehört, und rechtfertigen den Schluss, dass „Necrose in den Peyerschen Haufen und dadurch bedingte Geschwürsbildung kein absolut nothwendiges Glied in der Kette der ablaufenden Darmveränderungen bildet, und dass die mässige Schwellung eventuell auch ohne Necrose rückgängig werden kann. Fälle der obigen Art, d. h. ohne Darmgeschwüre fand L. nur von Traube und Louis beobachtet. Sie beweisen, dass die gewöhnliche Annahme, wonach das erste Krankheitsstadium mit seinem hohen continuirlichen Fieber den Zellwucherungsvorgängen im Darmdrüsen - Apparate, das zweite Stadium der Heilung der Darmgeschwüre entspreche, nicht absolut richtig ist und legen es nahe, den Fieberverlauf, den allerdings die Darmaffection beeinflusst, in Beziehung zu der allgemeinen Infection zu bringen.

II. Ueber die Verschiedenartigkeit der Einwirkung desselben Giftes auf den Organismus.

Während einer Haus-Epidemie durch Trinkwasser-Genuss mit 18 Erkrankungen und gleichartigem Verlauf (Roseola, Meteorismus, Diarrhoeen, characteristischem Fieber) fanden sich bei der Obduction der 3 Todesfälle aus der Epidemie nur einmal Darmgeschwüre, zweimal mässige Schwellung der Mesenterial-Drüsen und im Darm Erscheinungen des Catarrhs. Verf. glaubt, dass die Verschiedenartigkeit des Darmbefundes sich aus einer mangelhaften Entwickelung der Plaques erklären lasse und dass auch diese Fälle für seine obige Ansicht sprächen, wonach das 2. Stadium beim Abdominal-Typhus mehr der allgemeinen Infection als der Geschwürsheilung entspricht.

III. Ueber die Complication des Abdominal-Typhus mit Septicaemie.

Es werden zunächst 3 Fälle von Typhus bei schwangeren Weibern in mittleren Jahren mitgetheilt, wo Abort eingetreten war und im Anschluss daran die Erscheinungen von Septicaemie sich einstellten. Der Verlauf des typhösen Krankheitsbildes wurde dadurch modificirt, der normale Fieberverlauf unterbrochen und „wiederholte Fröste, unregelmässige atypische Fieberschwankungen traten an die Stelle des continuirlichen oder regelmässig remittirenden Fiebers". Die Quelle der Infection war in keinem Falle weder im Leben noch bei der Autopsie sicher nachzuweisen. Obwohl die Septicaemie sich an den Abort anschloss, war nur einmal Diphtherie der Scheide etc. nachzuweisen, in 2 Fällen fand sich Nichts an dem Genitalapparat und bleibt die Quelle der Infection unklar. Entsprechend dem Befunde an der Leiche fanden sich auch im Leben die Symptome metastatischer Krankheits-Prozesse ferner multiple Hauthaemorrhagien, „welche bei uncomplicirtem Typhus weit seltener sind", multiarticuläre Gelenkaffectionen, icterische Hautfärbung. In 2 Fällen folgte der Abort in der 5. Krankheitswoche, ein Kind war nach 5-wöchentlichem Krankenlager noch lebensfähig geblieben. In dem letzten Krankheitsfalle trat das seltene Ereigniss ein, dass eine Endocarditis ulcerosa mit Embolie der rechten art. fossae Sylvii zum Typhus kinzu kam. Tod am 11. Krankheitstage. Die Infection war demnach wahrscheinlich mit beiden Krankheitsgiften zu derselben Zeit erfolgt.

IV. Bemerkungen über einige Organveränderungen.

Milz. Die Untersuchungen bei frischen Typhus-Leichen weisen nach, dass die Milzschwellung unabhängig von den Darmveränderungen und ihnen nicht proportional verläuft. Ebensowenig soll die Schwellung der Mesenterial-Drüsen in allen Fällen mit der Erkrankung der Darm-Drüsen in directer Beziehung stehen, denn es schwellen auch andere Drüsen des Körpers an und glaubt Verf. desshalb an gleichzeitige Infection des Darms und der Drüsen. Als Complicationen von Seiten des Darmes werden erwähnt parenchymatöse, und Blutung aus einem arrodirten Gefäss eines Colon-Geschwürs. Bei Perforations-Peritonitis schwand der vorhandene Stupor gleichwie nach Blutungen. Ferner wurden noch diphtheritische Geschwüre im Dickdarm mit sehr profusen Diarrhoeen beobachtet.

Haut. Graphitartige Flecke (als Pelioma oder tâches bleuâtres beschrieben) sah L. sowohl hier als bei Recurrens, Intermittens etc. Seltener waren einzelne Hauthaemorrhagien und ohne Bedeutung.

V. Nachkrankheiten nach Typhus.

Verf. berichtet über folgende Fälle: 1. Complete Lähmung des Stammes des Facialis durch Druck einer vergrösserten Parotis mit consecutiver Degeneration des Nerven, entstand in der Reconvalescenz. 2. Nachfolgende Diphtheritis faucium mit vollständiger Glottisparalyse. Besserung. Auftreten eines urticariaartigen Exanthems mit sofortigem Anschluss von Diabetes insipidus mit Vermehrung des Durstes und des Urins. Die Kranke verliess ungeheilt die Klinik. 3. Abdominal-

Typhus von 4-wöchentlicher Dauer; Entfieberung am 25. Krankheitstage. Bald darauf Auftreten multipler periostaler Entzündungen an den Extremitäten mit Abscess-Bildung. Exitus letalis unter dem Bilde der Septicaemie". Die Quelle der Infection wird in der Darm-Affection angenommen. Es wird die Geschichte eines Falles angeschlossen, bei welchem der Verf. die Infection und die Ursache zu multiplen eitrigen Gelenkentzündungen mit tödtlichem Ausgange ebenfalls auf den Darm zurückführt, und zwar bei einer Patientin, die an Dysenterie gelitten hatte.

Bartold.

---

49. **Dr. Fritz,** Stabsarzt, **Bericht über die vom 1. April 1879 bis zu demselben Termin 1880 auf der propaedeutischen Klinik beobachteten Fälle von Ileotyphus.** (Charité-Annalen, VI. Jahrg. S. 169.)

Auf der Klinik kamen in dem gen. Zeitraume 39 Fälle von Ileotyphus mit fast ausnahmslos schwerem Verlaufe und 7 Todesfällen zur Beobachtung. Verfasser schildert kurz die auf der Klinik übliche Behandlung. Kalte Bäder konnten wegen schwächlicher Constitution mancher Kranken und niedrigem Pulse nur mit Auswahl angewandt werden. „Verhältnissmässig oft hatte der Typhus den versatilen Character; die Kranken delirirten, waren aufgeregt und schlaflos. Hier wurden stets mit gutem Erfolge 5—8 mgr Morph. hydrochlorici, unter Umständen in 24 Stunden 2 mal wiederholt injicirt, in einigen Fällen 1—2 gr Chloralhydrat gereicht."

Einzelne interessante Fälle werden berichtet:

1. Ileotyphus. Auf der Höhe der Krankheit tritt eine Psychose mit fixen Wahnvorstellungen melancholischen Charakters mit dem Triebe zum Selbstmord auf, welche mit dem Eintritt in die Reconvalescenz schwand. 2. Bei einem 17jährigen Schneider tritt in der fortgeschrittenen Reconvalescenz von Ileotyphus eine Paralyse des rechten musc. supra- und infraspinati und des musc. serratus antic. maj. auf. Unter wöchentlich 3 mal wiederholter Application des constanten Stromes war die motorische Kraft der Muskeln fast wiederhergestellt. 3. Ileotyphus bei einem 26 jährigen Schlächter. Aufnahme am 6. Krankheitstage. In Folge einer sofort constatirten Periarteriitis der art. femoralis dextr. oberhalb des Adductoren-Schlitzes tritt Gangrän des Fusses ein und genügt zur Ablatio cruris unterhalb des Kniegelenks. Exitus letalis nach 3 Tagen. Befund: Milztumor. Vernarbende Typhus-Geschwüre. Thrombose der art. und vena femoralis.

Bartold.

---

50. **A. Steffen, Zur Behandlung des Typhus im kindlichen Alter.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde. XV. Bd. 3. u. 4. Heft. Leipzig 1880.)

Steffen referirt über 148 Fälle von typhus abdominalis und 30 von typhus exanthematicus. In einer Anzahl von Fällen wurde kaltes Wasser und Chinin gleichzeitig angewandt; in den Fällen, welche mit salicylsaurem Natron behandelt wurden, wurde nur ganz selten und vereinzelt kaltes Wasser angewandt.

Unter den 148 Patienten wurden 48 mit kaltem Wasser behandelt. In der ersten kleineren Hälfte der Fälle wurden Bäder zwischen 15—20° R. gegeben. Da den Kranken diese plötzliche Kälte unangenehm war und dieselbe mehrmals eine beträchtliche Hyperästhesie der Körperoberfläche zur Folge hatte, so wurden Bäder von 28° R. gegeben, die durch allmähliges Zugiessen von kaltem Wasser auf 22 bis 20° R. abgekühlt wurden. In den abgekühlten Bädern befanden sich die Patienten 15—20 Minuten. Die Kranken wurden gebadet, wenn die Temperatur 39° C. überschritt. Wenn die Benommenheit des Sensoriums zu bedeutend war, wurden kalte Uebergiessungen im warmen Bade gemacht. Bei hochgradigem Fieber wurde Abends Chinin sulphuric. 0,5 gegeben, oder in einzelnen Fällen eine subcutane Injection von Chininlösung gemacht. Die Angaben der Angehörigen über die voraussichtliche Krankheitsdauer waren nicht zuverlässig. Die Angabe über das Eintreten der Entfieberung bezieht sich also nur auf die Beobachtungszeit im Spital.

Hiernach fand in 17 Fällen die vollkommene Entfieberung bis zum siebenten Tage incl. statt = 44 %. Es ergab sich, dass durch kalte Bäder in der Regel die Temperatur in geringerem Maasse herabgesetzt wurde, als durch lauwarme. — In der grössten Mehrzahl der Fälle leitet sich die vollständige Entfieberung plötzlich ein, in selteneren Fällen geschieht dies allmählich. — Die Temperatur wurde umsomehr herabgesetzt, je höher dieselbe gestiegen war. Bei jüngeren Kindern scheint die Beschleunigung des Pulses mit der Erhöhung der Temperatur meist gleichen Schritt zu halten, oder die letztere noch zu übertreffen. Mit dem Eintritt der Entfieberung findet man den Puls oft (23 von 38) vorübergehend verlangsamt, häufig mit einer gewissen Unregelmässigkeit verknüpft. Durchschnittlich konnten die Kranken nach einem Spitalaufenthalte von 20—30 Tagen gesund und gekräftigt entlassen werden. Der schliessliche Erfolg der Behandlung ergiebt, dass von 48 Fällen 43 genesen und 5 gestorben sind. Unter den letzteren befindet sich ein Knabe von 9, und 4 Mädchen von 5, 6, 10 und 13 Jahren. Der tödtliche Ausgang in 4 Fällen ist durch die Complicationen bedingt worden. Verf. ist nach seinen Erfahrungen der Ueberzeugung, dass die energische Anwendung kalter oder abgekühlter Bäder in vielen Fällen im Stande ist, die Entwickelung entzündlicher Processe in den Athmungsorganen zu bedingen oder mindestens zu befördern. Diese Erkrankungen der Respirationsorgane scheinen bei der Behandlung mit kaltem Wasser häufiger vorzukommen, als bei der mit Natr. salicylicum. — Eine Contraindication für die Anwendung des kalten Wassers ist der Widerwille des Kranken gegen die kalten Bäder und der sich etwa einstellende Collaps.

Behandlung mit Natron salicylicum.

Das Mittel wurde gegeben, sobald die Temperatur 39° überschritt. Die Gabe war für Kinder in den ersten Lebensjahren 0,5, für ältere in der Regel 1,0. In einzelnen Fällen wurde die doppelte Gabe gereicht. Das Mittel muss in ca. einem halben Glase Zuckerwasser aufgelöst gegeben werden. Tritt Uebelkeit und Erbrechen ein, so muss es durch Clysmata applicirt werden. Es wurden 54 Knaben und 46 Mädchen behandelt, nur der vierte Theil gehörte den ersten 6 Lebensjahren an. Bis zum 7. Tage incl. trat von 88 Fällen 52 Mal die vollständige Entfieberung ein (60,0 Proc.). In 46 Fällen überschritt die Menge des Medicaments nicht die Höhe von 10 gr, in 23 Fällen schwankte die Menge zwischen 10 und 20 gr, in den übrigen zwischen 20 und 40 gr. Nur in 4 Fällen wurden 40 gr überschritten und zwar in einem Falle bis zu 53 gr gegangen. Die Temperatur sinkt bei der Darreichung von Natr. salicyl. allmählig, im Verlauf mehrerer Stunden kann man Differenzen von 2—4° nachweisen. Die Herabsetzung der Temperatur hält in der Regel länger an, als die durch die Anwendung kalter Bäder bedingte. In der Mehrzahl der Fälle ist die Entfieberung plötzlich eingetreten, seltener allmählig. Gleichzeitig mit der Temperatur sinkt Puls und Respiration. Ebenso lässt sich allmählig oder plötzlicher die Verkleinerung der Milz constatiren. Die Pulsverlangsamung ist nach dem Eintritt der vollkommenen Entfieberung in 81 mit Natr. salicyl. behandelten Fällen nur 32 Mal nachgewiesen, ausserdem war die Verlangsamung nicht so beträchtlich, wie nach der Kaltwasserbehandlüng.

Von den 100 Patienten starben 6. Davon müssen in Bezug auf die Berechnung der Mortalität drei ausgeschieden werden. Somit bleiben auf 97 Erkrankungen drei Todesfälle.

Unter den Nebenwirkungen bei der Behandlung mit Natr. salicyl. kämen folgende Punkte in Betracht:

Die Kranken klagen bisweilen über ein Gefühl der Trockenheit und des Brennens im Munde und Schlunde. Beim Aussetzen des Mittels, oder bei starker Verdünnung mit Zuckerwasser verschwinden bald die Beschwerden. Stellt sich öfters Erbrechen ein, so empfiehlt es sich, das Mittel durch Clysmata zu appliciren. — Eine gewöhnliche Folge dieses Mittels ist vorübergehendes Sausen in den Ohren und Schwerhörigkeit. Delirien nach Natron salicyl. treten öfter auf. Unbekümmert um ihr Vorhandensein wurde das Natr. salicyl. weiter gegeben, und in der Regel schwanden noch während des Gebrauchs desselben die Delirien. Oefters treten nach der Anwendung des Mittels profuse Schweisse auf, und mit dem Eintritt des Schweisses ist ein Nachlass des Fiebers verbunden. In seltenen Fällen entwickelt sich ziemlich schnell, und jedesmal nach der Darreichung des Medicaments an den Extremitäten ein Erythem. Wenige Stunden nach seinem Auftreten schwindet diese Erscheinung vollständig. Etwa in der Hälfte der Fälle beobachtet man Transsudate im Unterhautzellgewebe des Gesichts, an den Händen und Füssen; seltener findet man sie auch an den Vorderarmen und Unterschenkeln. In einem Falle sah Verfasser auch Transsudate in den serösen Säcken entstehen. Verf. hebt hervor, dass salicylsaures Natron in grösseren Gaben nicht in zu kurzen Intervallen

gereicht werden soll. Er nimmt an, dass das salicylsaure Natron für sich allein die Absonderung von Urin vermehren könne. In der Regel steht der Grad der Diurese in gleichem Verhältniss zur Menge des angewandten Medicaments und der Dauer des Fiebers, doch kommen auch Ausnahmen vor. Zu den möglichen Nebenwirkungen des salicylsauren Natron gehört der Collaps. Bei einer tonisirenden Behandlung lässt sich derselbe vermeiden, wenn das Medicament in grossen Gaben, nach nicht zu kleinen Pausen, und nicht zu lange Zeit hindurch gegeben wird. Verf. stellt schliesslich die Erfolge der Typhusbehandlung mit Bädern und mit Natr. salicylicum nebeneinander und bemerkt, dass die Sterblichkeit, wenn man grosse Zahlen zusammenstellt, für beide Behandlungsweisen ziemlich die gleiche sei, mindestens nicht zu Ungunsten des Medicaments ausfalle. Die mit Natr. salicyl. behandelten Patienten pflegten sich ziemlich schnell zu erholen; schon wenige Tage nach der vollständigen Entfieberung verlangten sie aufzustehen, was nach der Anwendung der Bäder nicht so leicht der Fall sein möchte.

II. Typhus exanthematicus.

a) Behandlung mit kaltem Wasser.

Es wurden 24 Fälle mit von vornherein kalten oder kühlen Bädern behandelt. Die Temperatur derselben variirte zwischen 12 und 24° R. Bei sehr niedrig temperirten Bädern (12—16°) trat eine beträchtliche Hyperästhesie der Körperoberfläche ein. Die Patienten befanden sich in dem Alter von 3 bis 12 Jahren; einer war über 12 Jahre alt. Die Zeit, nach deren Ablauf vollständige Entfieberung eintrat, ist bei den unsicheren Angaben der Angehörigen, von dem Tage der Aufnahme in das Spital gerechnet. Von 22 Fällen ist 16 Mal die Entfieberung bis zum 7. Tage incl. eingetreten, nur in einem Falle hat die Zeit länger als 13 Tage gedauert. Im Fall 4 wurde 31 Mal stündlich, im Fall 8 mit Ausnahme einer dreistündigen Pause 54 Mal stündlich gebadet. Häufig sind bei dem exanthematischen Typhus im Beginn der Krankheit die kalten Bäder von gar keinem Einfluss auf die Temperatur. Der Puls steht bei älteren Kindern in keinem Verhältniss zu der hohen Temperatur, bei jüngeren ist derselbe der Temperatur entsprechend beschleunigt. — In der Mehrzahl der Fälle tritt die Entfieberung plötzlich ein.

Die Dauer des Spitalaufenthaltes betrug in der Mehrzahl der Fälle (15) 9 bis 21 Tage. Die Sterblichkeit betrug bei der Kaltwasserbehandlung 4%. Da 2 Dritttheile dieser Kranken über 9 Jahre alt waren, so entspricht die Sterblichkeit der mittleren Zahl, welche man aus grösseren Summen für dieses Alter berechnet hat.

b) Behandlung mit Natron salicylicum.

Es erstreckt sich diese Behandlung auf 6 Fälle. Sobald die Temperatur 39° überschritt, wurde 1 gr des Medicaments gegeben. Die Dauer des Spitalaufenthaltes betrug in 3 Fällen 17 bis 19, in zwei 26 und 27 Tage. Der Ablauf des Typhus exanthematicus scheint durch das Medicament mindestens ebenso erfolgreich beeinflusst zu werden, wie durch Bäder.

Kohts (Strassburg).

51. **G. Weidenbaum** (Dorpat), **Zur Therapie der Variola.** (St. Petersb. medicin. Wochenschr. 1881, No. 6.)

W. suchte nach Mitteln, „welche den Exsikkationsprozess in der schon vorhandenen Pustel beschleunigen oder die Pustel in ihren ersten Anfängen (Knötchen) nicht zur weiteren Fortentwickelung kommen lassen, sie abortiv zu Grunde richten, indem sie den lokal entzündlichen Prozess (um das Knötchen) heben und das, wenn auch in geringer Menge schon gesetzte Fluidum fortleiten und auf diese Weise auch dem gefahrdrohenden Eiterungsfieber vorbeugen". Er liess den ganzen Körper der Kranken mit folgender Salbe einreiben: Ung. ciner. 7,0, Sapon. kalin. 15,0, Glycerini 30,0.

Die einzelnen Medikamente hatten den Zweck:

„1) das Ung. ciner. richtete seine Wirkung gegen den lokal entzündlichen Prozess, der die Pustelbildung begleitet;

2) die alkalische Schmierseife wirkte macerirend auf die Epidermis der Pustel;

3) das Glycerin verstärkte den exosmotischen Strom aus denselben;

4) die Salbenform des Medikamentes war besonders geeignet, die Pustel genau zu bedecken und dadurch von der atmosphärischen Luft abzuschliessen".

Die Salbe wurde in 17 Fällen angewandt. „Dieselben zeigten alle das Uebereinstimmende, dass in den vorhandenen Knötchen ein Stillstand der Entwickelung eintrat, dieselben sich nicht zu Bläschen ausbildeten, sondern atrophirten, die vorhandenen Bläschen sehr bald zusammenschrumpften, runzlig wurden und schwanden, die Eiterpusteln ebenfalls doch langsamer ein runzliges Aussehen erhielten, und ihr Inhalt einzutrocknen begann. Gleichzeitig mit diesen Vorgängen auf der Haut nahm das Fieber an Intensität ab und das Wohlbefinden der Patienten zu". Die Salivation war in keinem Falle stärker, als sie bei Variola zu sein pflegt.

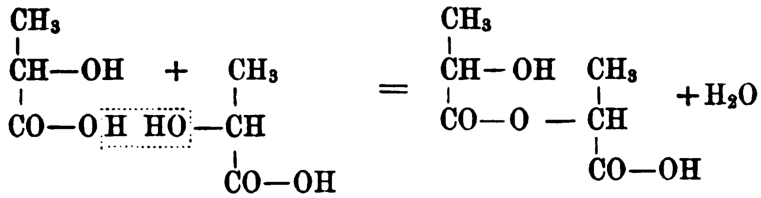
E. Badenhewer.

---

52. **Dr. Joseph W. Warren, Ueber den Einfluss des Tetanus der Muskeln auf die in ihm enthaltenen Säuren.** (Pflüger's Archiv Bd. XXIV.)

Unter Anwendung der üblichen Methode zur Gewinnung der Milchsäure liefert Verf. den Beweis, dass der Tetanus die Quantität der extrahirbaren Säuren im Muskel vermindert. Acht verschiedene Versuche, wovon sechs mit den verschiedensten Variationen an Kaninchen und zwei an Froschschenkeln angestellt waren, führten ohne Ausnahme zu demselben Resultate. Dies Ergebniss ist auch insofern bemerkenswerth, als nur die mitgetheilten Versuche gemacht wurden. Die Abnahme an titrirbarer Säure beträgt 20—40 %.

Zur Beseitigung des Widerspruchs, dass der arbeitende Muskel sauer wird und doch weniger Säure enthält, wird eine theoretische Betrachtung Pflüger's mitgetheilt, der an die leichte Aetherbildung bei den Milchsäuren erinnert. Nach dieser Ansicht treten 2 Mol. Milchsäure zusammen, um unter Austritt von Wasser ein Mol. condensirter Milchsäure zu bilden, also:



2 Mol. Milchsäure. 1 Mol. condensirte Milchsäure.

Da diese condensirte Milchsäure sich leicht spaltet, so kann die Acidität zunehmen, ohne dass in Wirklichkeit ein einziges Molekül Säure gebildet wird. Beim Tetanus könnte also durch Spaltung der condensirten Säuren die saure Reaction des Fleisches zunehmen, während die absolute Quantität der Säure durch Oxydation vermindert wird.

Die Priorität dieser Entdeckung nimmt W. für sich in Anspruch, da er in seiner Inaugural-Dissertation (Juni 1880) einige dieser Versuche veröffentlichte, während Astaschewsky mehrere Monate später seine zu einem ähnlichen Ergebniss führenden Versuche (Zeitschr. für physiol. Chemie, Nov. 1880.) bekannt machte.

Kochs.

---

53. **Hubert Reich,** Bezirksarzt in Müllheim (Baden), **Ueber transitorisches Irresein bei Kindern.** (Berliner klinische Wochenschrift 1881, No. 8.)

Verfasser hat 4 Fälle von transitorischem Irresein bei Knaben beobachtet, dieselben waren bei heftiger Kälte mehrere Stunden auf dem Eise gewesen; nachdem sie sich zu Hause kurze Zeit an den warmen Ofen gesetzt hatten, trat plötzlich ein Zustand allgemeiner Verwirrung auf, sie wurden ängstlich, dann gewaltthätig, hatten Hallucinationen; bei einem Knaben traten Muskelkrämpfe, Cyanose des Gesichtes, beschleunigter Puls, Wärme des Kopfes, doch keine Temperaturerhöhung des Körpers auf. Nachdem die Scene mehrere Stunden angedauert hatte, schliefen die Knaben ein und erwachten gesund, ohne Bewusstsein von dem Geschehenen. Verf. glaubt die Ursache des Irreseins in dem schroffen Wechsel von Kälte und Wärme suchen zu müssen, wodurch eine Veränderung der Circulationsverhältnisse des Gehirns — ob Hyperämie oder Anämie mit consecutivem Oedem lässt Verfasser unentschieden — vor sich gegangen sei.

Verf. glaubt, dass diese Fälle für die gerichtliche Praxis insofern Wichtigkeit haben, als dadurch gezeigt wird, dass bei vorher gesunden Individuen durch plötzlichen Temperaturwechsel Zustände entstehen können, denen Bewusstsein und Zurechnungsfähigkeit abgeht.

Kohts (Strassburg).

---

54. **Dr. Seifert** (Würzburg), **Beitrag zur Pathologie und Therapie der Trigeminusneuralgieen.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. No. 11.)

Dr. S. theilt 3 Fälle von Trigeminusneuralgie und deren erfolgreiche Behandlung mit. Im 1. Falle war Zahncaries vorhergegangen. Die Neuralgie betraf den 1. und 2. Ast; es bestand leichte Hyperalgesie. Carotiscompression der betreffenden Seite, bis 1 Min. dauernd, bringt sofortiges Aufhören des Schmerzes. Die freien Intervalle nach der Compression, anfangs nur kurz, steigen bis zu 3tägiger Dauer. 1 gr Chinin an 2 Tagen nach einander beseitigt den Schmerz; darauf noch mehrere Tage je 0,5 gr Chinin, nach diesen solut. Fowl. 3 mal täglich 3—9 Tropfen steigend und wieder fallend; geheilt entlassen.

Im 2. Falle trat der Schmerz in der rechten Stirnhälfte und im rechten Auge seit 10 Jahren im Frühjahr und Herbst auf und bestand bei Beginn der Beobachtung von früh 7 Uhr steigend bis 3 Uhr, verschwand 7 Uhr Abends. Carotiscompression beseitigte sofort den Schmerz, der aber bei Nachlass derselben unter Zusammenzucken des Pat. wieder „einschoss"; ausgesprochene Hyperalgesie der rechten Stirnhälfte. 3 Tage lang gereichtes Chinin, 1gr täglich auf einmal, beseitigt den Schmerz. Nachbehandlung wie im 1. Falle.

Der 3. Fall verlief ebenfalls im 1. Ast; dem Eintritt der Neuralgie ging ein heftiger Nasenkatarrh vorher, der besonders in dem entsprcchenden Nasengange sass; es bestand Hyperalgesie der schmerzenden Gegend. Compression der Carotis beseitigt nur auf sehr kurze Zeit den Schmerz. Tastkreise an beiden Stirnhälften 2 ctm, während der Compression an der schmerzenden Seite 3 ctm. Durch Anwendung der Nasendouche erhebliche Erleichterung nach reichlicher Schleimentleerung. — Chinin mehrere Tage je 1 gr beseitigt den Schmerz.

R.

---

55. **Dr. Ludwig Langer, Ueber die Prävalenz der Endocarditis valvularis in der linken Herzhälfte.** (Wiener medizin. Blätter 1881. No. 9 und 10.)

Eine Prädisposition einzelner Körperstellen für bestimmte Erkrankungen ist sicher constatirt und bekannt bei der croupösen Pneumonie, bei vielen Krankheitsformen der Haut. Um die sicher vorhandene Prädilection der linksseitigen Herzklappen für endocarditische Affectionen zu erklären, discutirt Verf. drei Möglichkeiten. Die erste ist die, dass die ursächlichen Momente im linken Herzen in intensiverer Weise sich geltend machen könnten. Doch lässt sich hierfür nur wenig Haltbares angeben. Wenn man der Meinung ist, dass Veränderungen der Blutmischung Veranlassung zu endocarditischen Prozessen abgeben, und das ist wenigstens für die im Gefolge der Infectionskrankheiten auftretenden (Endocarditis rheumatica und blennorrhagia) ausser Zweifel, so sollte man gerade für diese eine geeignetere Etablirungsstelle im r e c h t e n Herzen finden, weil hier zunächst das Blut einwirken kann, welches aus den Geweben mit Krankheitsstoffen beladen zurückkommt. Auch

sollte man gerade für die ulceröse und diphtheritische Endocarditis sich vorstellen, dass im rechten Herzen, wo der Blutstrom langsamer und weniger energisch an den Wandungen vorbeistreicht, leichter als im linken inficirendes Material liegen bliebe.

Mehr Anhaltspunkte zur Erklärung gibt die zweite Möglichkeit, dass nämlich vielleicht „gewisse mechanische Verhältnisse in der Herzaction das Zustandekommen der linksseitigen Endocarditis begünstigen". Wenn schon nach Rindfleisch unter den einzelnen Theilen der Herzklappen diejenigen am liebsten Sitz der Erkrankung werden, welche, wie die Schliessungslinien, vorwiegend den Insulten: Druck, Zerrung, Reibung ausgesetzt sind, dann scheint es auch eher verständlich, wenn die Klappen erkranken, sobald durch die allgemeinen Strömungsverhältnisse jene Insulte sich steigern, und dass es gerade dann diejenigen Klappen vorwiegend betreffen wird, welche am meisten überangestrengt werden. Diese Betrachtung wird gestützt durch die Thatsache linksseitiger Klappenerkrankung bei schon lange bestehenden Klappenfehlern, bei Morb. Brightii und in puerperio.

Die dritte Möglichkeit liegt darin, dass die Prädisposition geschaffen ist durch Differenzen in Structur und Vaskularität, „und zwar verhalten sich die Zipfelklappen des linken Herzens anatomisch derart, dass sich daraus auf eine grössere Vulnerabilität derselben schliessen lässt".

Die linksseitigen Klappen enthalten zunächst mehr Muskelfasern; namentlich reich an Muskelzügen ist der untere Theil des Aortenzipfels; während z. B. die Tricuspidalis ausschliesslich aus sehr widerstandsfähigem derb elastischem Gewebe besteht. Zu diesem grösseren Reichthum an Muskelzügen kommen als weitere vulnerablere Gewebsbestandtheile: lockeres Bindegewebe, Blutgefässe und Nerven. Und gerade hier im subendocardialen Gewebe manifestirt sich der Beginn der Entzündung. Als Beweis für den gewichtigen Einfluss der Zusammensetzung dieses Gewebes vorwiegend aus Muskelsubstanz steht die Thatsache da, dass im intrauterinen Leben Endocarditis sich im rechten Herzen entwickelt, dass dieser Vorgang wie es scheint gerade in das Entwicklungsstadium fällt, wo der rechte venöse Klappenapparat vorwaltend aus Muskelgewebe besteht.

Die Menge und Ausbreitung der Blutgefässe ist in den Klappen des linken Herzens beträchtlicher. Zuweilen bieten Mitralis und Aortaklappe ein reiches Gefässnetz dar. Die Ausbreitung der Gefässe ist aber an die der Muskelsubstanz gebunden. Hier kommen denn auch Haemorrhagien und Embolien vor, hier ist ein regerer Stoffwechsel und Störungen desselben auch so viel leichter möglich. In dieser Ansicht bestärkt der Umstand, dass bei den Thieren (Hunden, Schweinen) der Sitz der Endocarditis sich auch an den Gefässreichthum der verschiedenen Klappen zu halten scheint.

Finkler.

56. **Carl Mellinger,** stud. med., **Beiträge zur Kenntniss des Erbrechens.** Resumé einer von der medicinischen Fakultät der Universität Zürich gekrönten Preisschrift. (Pflüger's Arch. XXIV. Bd.)

Die Arbeit beginnt mit einer Untersuchung über das Brechvermögen in der Wirbelthierreihe und hat folgendes ergeben:

1) Fische — Erbrechen,
2) Amphibien — Erbrechen,
3) Reptilien — Erbrechen,
4) Vögel — Erbrechen:
5) Säugethiere:
   Unpaarzeher — kein Erbrechen,
   Paarzeher — Erbrechen,
   Wiederkäuer — kein Erbrechen,
   Nagethiere — kein Erbrechen,
   Insektenfresser — Erbrechen,
   Raubthiere — Erbrechen,
   Handflügler — kein Erbrechen.

Zur Erregung des Brechaktes wurde Apomorphin und Brechweinstein verwendet.

Eine Musterung der Mägen der einmägigen Wirbelthiere ergibt, dass die Längsstellung des Magens für das Erbrechen günstiger ist, als Querstellung; ferner ist der schlauchförmige Magen geeigneter zum Erbrechen als der ausgebildete, mit starkem Fundus versehene.

Hiermit stimmt die wohlbekannte Erfahrung beim Menschen, dass Kinder leichter erbrechen als Erwachsene, da der Fundus kaum entwickelt ist und der Oesophagus fast endständig inserirt, kurz eine grössere Aehnlichkeit mit dem Carnivorenmagen besteht, wie ja die Differenzirung des Magens vom Digestionsschlauch und die Querstellung desselben um so weniger entwickelt ist, je weiter wir in der Entwicklungsgeschichte zurückgreifen.

Was nun die Betheiligung des Magens beim Erbrechen anlangt, so ist noch nicht festgestellt, ob nicht letzteres nur durch Druck der Bauchmuskeln und des Zwerchfelles zu Stande kommt. Dass die Bauchmuskulatur betheiligt ist und wenigstens das Erbrechen erleichtert, ergibt die unmittelbare Beobachtung eines erbrechenden Menschen, andererseits weist Verfasser darauf hin, dass es Thiere gibt, bei denen der Magen allein das Erbrechen hervorbringt. Ob jedoch der Magen überhaupt allein Erbrechen bewirken könne, kann nur für die niedern Wirbelthiere bejaht werden, bei höheren, z. B. dem Hunde, hat er nicht mehr die nöthige Muskulatur und es muss die Bauchmuskulatur mitwirken. Rücksichtlich der Details der hierauf bezüglichen Untersuchung sowie die Controversen muss auf das Original verwiesen werden.

Verfasser analysirt die einzelnen Phasen des überaus complicirten Brechaktes an der Beobachtung eines Hundes, der nach Eingabe eines Brechmittels sich selbst überlassen wird und sich frei bewegen kann. Das Thier streckt zuerst seinen Kopf und athmet sehr tief, dann hält es nach einer tiefen Inspiration den Athem an, d. h. die Glottis verschliesst sich, die Brust dehnt sich jedoch noch weiter aus; gleich darauf contrahiren sich die Bauchmuskeln, das Zwerchfell und die

Halsmuskulatur kräftig und es beginnt eine Art Pumpen mittelst Zwerchfell und Bauchmuskeln, die Brust bleibt dabei ausgedehnt; plötzlich stürzt, begleitet von einem Exspirationsstoss, der Mageninhalt durch die Mundöffnung. Es ist nun klar, dass wenn sich nach Glottisverschluss die Brust noch weiter ausdehnt, der negative Druck im Thorax zunehmen, und dasjenige Stück des Oesophagus, welches in der Brust liegt, saugend auf den Magen wirken muss. Ein Theil des Mageninhaltes wird so ohne Zweifel zunächst in den Oesophagus befördert.

Ueber die controverse Frage der activen Betheiligung des Oesophagus am Brechakt (vgl. die Angaben von Magendie, Segallois und Béclard, Budge, Rühle, Lüttich und Anderer). Verfasser legte den Oesophagus beim Hunde blos und konnte deutlich das Ablaufen der durch Reizung der Mundhöhle entstandenen Schluckbewegungen ablaufen sehen und sich von deren auffallender Langsamkeit überzeugen. Wurde ein Brechmittel in den Magen oder eine Vene gegeben, dann stiegen kurz vor Eintritt des Erbrechens Luftblasen in dem Oesophagus auf- und abwärts, ohne von einer Contraktion gefolgt zu sein. Beim Erbrechen sah man, wenn die Thiere leeren Magen hatten, sich gleich nach dem Anfall den Oesophagus stark contrahiren und nach einigen Sekunden wieder erschlaffen. Bei gefülltem Magen dehnte sich der Oesophagus so stark aus, dass man glauben sollte, er hätte an der blossgelegten Stelle platzen müssen. Zurückbleibende Speisestücke wurden stets durch deutliche peristaltische Contraktionen zum Magen hin befördert. Es scheint daher, dass der Oesophagus sich nicht durch antiperistaltische Contraktion am Brechakt betheiligt, sondern durch Contraktion in toto. Dass der Oesophagus in der That aktiv mitwirken muss, ergab sich auch noch daraus, dass ein Hund, dem der Magen exstirpirt wurde, grössere Mengen Schleim erbrach.

Kochs.

---

57. **Dr. C. Hindenlang** (Freyberg), **Carcinoma oesophagi mit Perforation in den l. Vorhof.** Aus der medic. Klinik des Herrn Prof. Bäumler. (Deutsche med. Wochenschr. 1881. Nr. 9.)

Bei einem 52jährigen Manne begann die Stenose des Oesophagus bei der ersten Sondirung 36 cm, bei der zweiten 34 cm abwärts von der Zahnreihe. Nach weiteren drei Wochen wurde die fast ganz verlegte Passage wieder freier, es konnten sogar etwas konsistentere Nahrungsmittel genossen werden und das Körpergewicht stieg von 47,5 auf 51,0 kgr. Eines Tages wurde Pat. von einem Frostanfall befallen, fiel am selben Tage beim Versuch zu Stuhle zu gehen bewusstlos um und schlug sich auf den Hinterkopf. Temp. 39,8. Sclerae leicht icterisch. Herztöne rein. Nach 3 Tagen plötzlich Sprachlosigkeit. Pat. wirft sich unruhig umher, scheint Nichts zu verstehen, leichte Parese des l. facialis, geringe Nackenstarre. 2 Tage später vollständige Bewusstlosigkeit, keine Reflexe auszulösen. Temp. 40,4. Puls 128. Tod. Postmortale Temp. $1/2$ Stunde später 42 p. rect.

Sektion: Auf der linken Seite der Innenfläche des Darms eine leichte Hämorrhagie. Pia mat. über beiden Convexitäten durch eitrige

Exsudation getrübt, mehr rechts, ebenso die Gebilde der Basis in Exsudatmassen gehüllt. In den Seitenventrikeln trübes Fluidum. Auf Durchschnitten des Gehirns verschiedene diffuse, gräuliche Herdbildungen, der grösste in der linken Hemisphäre des Kleinhirns. Lungen gesund bis auf Hypostase und Oedem. Im Oesophagus, 9 cm über der Cardia, ein über thalergrosses, tiefes, carcinomat. Geschwür, sämmtliche Häute durchdringend. Verwachsungen mit Bronchialästen und Herzbeutel. An der Umschlagstelle des Herzbeutels am linken Vorhof schwärzliche Verfettung, dieser entsprechend im Innern des Vorhofes eine ebensolche verfärbte Stelle, das Gewebe völlig erweicht, morsch. Ein nekrotischer, kirschgrosser Herd von 1 cm Tiefe an der Hinterwand des linken Ventrikels. Entzündliche Veränderungen am ganzen Peri- und Epicardium. Eitrige Meningitis spinalis.

H. betrachtet die ulceröse Endocarditis des linken Vorhofes als Ursache embolischer Vorgänge, die sowohl die Herderkrankungen des Gehirns als die Meningitis cerebral. und spinal. veranlasst haben.

R.

---

58. **Dr. London** (Carlsbad), **Ueber die Resorptionsverhältnisse der normalen Blasenschleimhaut.** (Berlin. klin. Wochenschr. 1881. No. 11.)

L. erhielt bei Versuchen, die er an sich selbst anstellte, nach Jodkalium und Chlorlithioneinspritzung in die Blase nur Reactionsspuren im Speichel. Die Untersuchung der Blasenepithelien bei verschiedenen Ausdehnungsgraden der Blase ergab, „dass bei jeder Veränderung der Blasencapacität, trotz der enormen Ausdehnung, deren die Blase fähig ist, gar keine Continuitätstrennung der Epithelschichten, gar keine Verschiebung derselben, sondern vermöge der ausserordentlichen Elasticität, die die Epithelien in so hohem Grade besitzen, eine constatirbare Formveränderung der einzelnen Epithelzellen, proportional der Aenderung des Gesammtepithels, stattfindet".

R.

---

59. **Franz Illner** (Laibach), **Ueber einen Fall von Heilung eines Lupus exulcerans mittelst Chrysophansäure.** (Fr. Betz' Memorabilien. XXVI. 1. Heft. S. 29—31.)

Patient, 27 Jahre alt, vor $3^1/_2$ Jahren erkrankt, von mehreren Aerzten nach einander vergeblich behandelt. Man findet den ganzen knorpeligen Theil der Nase von einer Geschwürsfläche eingenommen, in dieser zahlreiche, den einzelnen Follikeln entsprechende, stark prominirende Excrescenzen, Eiterpünktchen und Borken. Den Rand des Geschwürs bildet ein schmaler, gegen das Gesunde sich abflachender, livider, mit Schüppchen bedeckter Saum. Diagnose: Lupus. Therapie: Innerlich Leberthran; äusserlich tägliche Auftragung der Chrysophansalbe (im Verhältniss von 5 : 20 Vaselin) in dünner Schichte mittels des Borstenpinsels. Unter dieser Behandlung kam es schon nach 14

Tagen zur Verringerung der Eiterbildung; endlich an einzelnen inselförmigen Stellen zur Bildung eines zarten Oberhäutchens und nach Verlauf von 10 Wochen zur Heilung.

Wolffberg.

---

60. **Friedr. Böhm** (Niederwerra), **Die Kindersterblichkeit in dem ärztlichen Bezirke Niederwerra.** (Aerztliches Intelligenzblatt 1881. No. 12.)

Der Verf. hat für sechs unterfränkische Ortschaften (mit ca. 3300 Einwohnern), in denen er prakticirt, und für 25 Jahre (1854—1878) die Kindersterblichkeit im ersten sowie in den beiden ersten Lebensjahren zugleich mit Rücksicht auf die Todesursachen und auf die Frage, wie viele der Gestorbenen ärztlich behandelt waren, untersucht. Den beiden Tabellen des Verf.'s entnehmen wir, dass die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahr in Minimo 18% der Lebendgeborenen, in Maximo 37% betrug; bis zum vollendeten zweiten Jahre waren in der besten Ortschaft 20%, in der ungünstigsten 38% der Lebendgeborenen gestorben. Ohne ärztliche Behandlung waren in einem Orte 56%, im günstigsten Orte 25% der Gestorbenen geblieben. (In dem Dorfe mit der geringsten Kindermortalität waren 49% der Gestorbenen, in dem mit der höchsten Sterblichkeit nur 26% nicht behandelt worden.) Der Verf. weist als Ursache der beträchtlichen Mortalität bedeutende hygienische Missstände nach: erstlich das immer seltener werdende Selbststillen seitens der Mütter; zweitens gänzlich fehlerhafte Behandlung der künstlichen Nahrung und vollkommene Unwissenheit über die Gesundheit und die Bedürfnisse der Kinder. Sehr auffallend erwies sich die geringe Sterblichkeit der Kinder jüdischer Eltern; in zwei Dörfern betrug dieselbe 6, resp. 10%, während daselbst von den Kindern christlicher Eltern 33, resp. 23% starben. Die Ursachen der günstigern Bedingungen sind nach dem Verf. grössere Vorsicht bei der Eheschliessung, bessere Pflege der Schwangeren und des Kindes, Zuziehung ärztlicher Hilfe, während sonst vielfach die Meinung verbreitet sei, dass bei kleinen Kindern doch Nichts erreicht werden könne. Wesentliche Besserung verspricht sich der Verf. erst von sorgfältigerer Schulbildung der Bevölkerung und insbesondere von besserer Ausbildung und Controle der Hebammen.

Wolffberg.

---

61. **J. M. Rossbach** (Würzburg), **Papayotin, ein gutes Lösungsmittel für diphtheritische und croupöse Membranen.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 10.)

R. bekam 1 gr „des echten Milchsaftes Papayotin in Form von amorphen, rein weissen, nicht hygroscopischen, geruch- und fast geschmacklosen Stückchen" zur Verfügung gestellt. 1 Theil ist in 20 Theilen Wasser löslich. Das Epithel der Mundschleimhaut wird nicht davon verändert; Lungengewebe in einer 5procent. Lösung veränderte

sich selbst in mehreren Tagen nicht; ein 0,13 gr schweres Stückchen Muskelfleisch in derselben Lösung war in $^1/_2$ Stunde ganz weich und zerfiel bald; ein grosses Stück einer dicken croupösen Membranröhre, die ein an Diphtheritis krankes Kind nach der Tracheotomie ausgehustet hatte, wurde in ebensolche Lösung gelegt, nach 1 Stunde war dieselbe vollständig zerfallen, nach 6 Stunden klar aufgelöst, verschwunden. $2^1/_2$procentige Lösungen lösten nur zum Theil, $^1/_2$procent. gar nicht; erwärmte Lösungen wirken nicht rascher als kalte. Leider war die geringe Substanz verbraucht. Weitere Versuche wurden, da echter Milchsaft nicht zu beschaffen war, mit Succus Caricae Papayae fortgesetzt. Derselbe in 8 Theilen kaltem Wasser löslich, giebt filtrirt eine gelbliche klare Lösung. Die Wirkung dieses auf die oben bezeichnete Croupmembran war viel schwächer, sie zerfiel erst in etwa 12 Stunden in kleine Partikelchen. Bei einem schwächlichen, schwer an Diphtheritis erkrankten $1^1/_2$jährigen Kinde, wurde mit einer concentrirten Lösung der Rachen bepinselt, auch davon zur Inhalation verwandt. Die Membranen verschwanden, die Larynxstenose schwand, aber Atelectase und Lungenödem führten den Tod herbei. Die Sektion ergab nur starke Röthe und Schwellung, ausser in den Morgagnischen Ventrikeln aber keine Auflagerungen mehr. R. hält daher weitere Versuche für wünschenswerth und schlägt vor, das Mittel durch Einpinseln und Einträufeln direkt fortwährend (alle 5 Minuten) mit den Auflagerungen in Berührung zu bringen.

R.

Neue Bücher.

Jaeger, Die Neuralanalyse insbesondere in ihrer Anwendung auf die homöopathischen Verdünnungen. Mit 6 kolorirten und einer phototypirten Tafel. Leipzig, E. Günthers Verl. 4 M.

Jurasz, Ueber die Sensibilitätsneurosen des Rachens und des Kehlkopfes. (Samml. klin. Vorträge 195.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Leçons de clinique thérapeutique professés à l'hôpital saint Antoine par le docteur du jardin Beaumetz. 4me fasc. Paris, Doin. 5 fr.

Martin, De l'Ozène vrai. Paris, Doin. 2 fr.

Paulier & Hétet, Traité élémentaire de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie. 2 volumes avec 150 figures et 24 planches en couleur hors texte exécutées avec le plus grand soin. Paris, Doin. 18 fr.

Prochownik, Ueber die Auskratzung der Gebärmutter (Samml. klin. Vorträge No. 193). Leipzig, Beitkopf & Härtel. 75 Pf.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **12. April.** **Nro. 5.**

62. **Carpani Luigi, La cura del reumatismo articolare acuto.** Die Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus. (Annali universali di Medicina e Chirurgia 1881. Heft 1, S. 28—51 und 2, S. 158—189.)

C. hat im Laufe der Jahre 1879 und 1880 im Ospedale Maggiore von Mailand achtzig Fälle von acutem Gelenkrheumatismus behandelt und die Wirkung des salicylsauren Natrons, des Chinins, der Benzoesäure und der Application von Vesicantien auf die afficirten Gelenke studiert. Nach der Behandlungsweise sondert er die Fälle in vier Gruppen.

In der ersten Gruppe bespricht Verf. 22 Fälle, die zum Theil (16 Fälle) nur mit salicylsaurem Natron, zum Theil (6 Fälle) vorher ohne Erfolg mit andern Mitteln behandelt worden waren. Die gewöhnliche Dosis war 6—8 gr, in 6—8 Theile getheilt, stündlich ein Pulver. Als Getränk wurde eine Altheaabkochung gegeben; die Diät war, so lange das Fieber anhielt, reizlos, später roborirend. Bestanden im Anfang gastrische Beschwerden oder Verstopfung, so wurde ein leichtes Abführmittel — meist Ricinusöl oder eine Lösung von citronensaurer Magnesia — gereicht. Auf Grund seiner Erfahrungen stellt C. folgende Sätze auf.

1. Das salicylsaure Natron ist speciell indicirt und übertrifft an Wirksamkeit alle übrigen Mittel in den Fällen von acutem fieberhaften polyarticulären Rheumatismus, bei denen die betroffenen Gelenke roth, heiss, geschwollen und sehr schmerzhaft sind. Ausgenommen sind die mit Intermittens complicirten Fälle sowie solche, in denen die betreffenden Patienten längere Zeit der Wirkung des Malariagiftes ausgesetzt gewesen waren, ohne indess wirklich an Wechselfieber erkrankt zu sein.

2. Weniger intensiv und langsamer wirkend zeigt sich das salicylsaure Natron beim afebrilen polyarticulärem Rheumatismus ohne stark hervortretende Affection der Gelenke.

3. Fast ganz unwirksam ist es beim monoarticulären Rheumatismus.

4. Contraindicirt ist das Mittel
   a) bei Complicationen mit schweren Herzaffectionen;
   b) bei gleichzeitig bestehenden anhaltenden, schweren nervösen und gastrischen Störungen;
   c) bei Complication mit Nierenerkrankungen. Dass das salicylsaure Natron Nephritis zu erzeugen im Stande sei, kann C. nach seinen Beobachtungen nicht behaupten, wohl aber werden bestehende Nierenaffectionen durch das Mittel verschlimmert. Daher sollte vor Anwendung desselben stets der Urin untersucht werden.

5. Grosse Vorsicht erfordert der Gebrauch des Mittels bei Kindern, alten oder durch lange Krankheiten erschöpften Personen.

Die einzelnen Sätze werden durch eingeflochtene Krankengeschichten illustrirt.

Gruppe 2 umfasst 22 Fälle, bei denen das Chinin allein oder nach erfolglosen Versuchen mit andern Mitteln in Anwendung gezogen wurde. Die Dosis war 1 seltener 2 gr pro die. In 8 Fällen bestand Intermittens als Complication des acuten Gelenkrheumatismus; in 14 will C. die Gelenkaffection nur als Manifestation der Malariainfection angesehen wissen. Er vergleicht diese Fälle mit den bei andern Infectionskrankheiten (Abdominaltyphus, Febris puerperalis etc.) eintretenden Gelenkaffectionen und meint, dass unter dem Einfluss des Malariagiftes sich Entzündungen der Gelenke ebensogut ausbilden könnten, wie Hautkrankheiten (Urticaria, Eczem, Prurigo) oder nervöse und viscerale Affectionen. Bei den Kranken dieser Gruppe begann die Erkrankung meist mit einem ein- oder mehrmaligen Frost; die Patienten zeigten gelblicherdiges Colorit und Milztumor; das Fieber hatte quotidianen, tertianen oder quartanen Typus und nahmen Schmerzen und Schwellung der Gelenke in der fieberfreien Zeit ab, oder schwanden gänzlich, um mit Eintritt des Fiebers wiederzukehren. C. findet mannigfache Analogieen zwischen diesen Krankheitsformen und den zuerst von Baccelli in Rom, später auch von C. selbst beobachteten und von ihm als Typhusmalaria bezeichneten und meist letal endigenden Fällen von Abdominaltyphus, bei welchen sämmtliche, letzterer Krankheit zukommenden Symptome in gewöhnlicher Weise auftraten, mit Ausnahme des Fiebers, das einen vollständigen Intermittenstypus zeigte.

Für zwei weitere, hierhergehörige Beobachtungen glaubt C. eine

besondere Kategorie mit dem Namen: infectiöses, rheumatisches Fieber aufstellen zu müssen. Der eine Fall ging unter dem Gebrauch von Chinin in Genesung über, der andere, von dem eine ausführliche Krankengeschichte gegeben wird, verlief letal. Ausgezeichnet war derselbe durch nicht sehr hohes Fieber, öfteres Ueberspringen der Entzündung von einem Gelenk zum andern, heftige Schweisse mit verbreiteter Eruption von Sudaminis und dem Auftreten vereinzelter grösserer mit eiterähnlicher Flüssigkeit gefüllter Blasen. Die Autopsie ergab ausser einer Milzanschwellung und vergrösserten solitären Follikeln im untersten Theil des Ileum nichts Abnormes. Contraindicirt ist nach C. das Chinin weder bei stärkeren Cerebralerscheinungen noch bei Complication mit Herzaffection. Eine Chininintoxication hat er trotz langem und ununterbrochen fortgesetztem Gebrauch des Mittels nie gesehen.

In Gruppe 3 bespricht Verf. 8 mit Acid. benzoicum behandelte Fälle. Die Tagesdosis schwankte zwischen 6 und 15 gr, in Einzeldosen zu 1 gr stündlich genommen und zwar, um Reizung der ersten Wege zu vermeiden, in Oblaten. Nach eingehender Besprechung der Krankheiten, bei denen die Benzoësäure bis jetzt Verwendung gefunden hat, sowie der verschiedenen Theorieen über ihre Wirkungsweise bespricht Verf. unter Zugrundelegung verschiedener Krankengeschichten die von ihm beobachteten Wirkungen des Mittels. Eine deutliche Herabsetzung der Körpertemperatur hat er nicht gesehen, der Puls wird langsamer (um 8—10 Schläge per Minute) und kräftiger. Die Diaphorese wird mässig, die Diurese kräftig angeregt, ohne dass Nierenreizung eintritt. Ueble Einwirkungen auf die Verdauungsorgane, das Nervensystem und die Sinnesorgane hat er nicht beobachtet. Bezüglich der Gelenkschmerzen war nur ein geringer Einfluss zu constatiren; die ersten Symptome von Besserung zeigten sich erst nach 6 oder 7 Tagen. Vergiftungserscheinungen, die aber nach Aussetzen des Mittels sehr bald von selbst schwanden, wurden in einem Falle nach Gebrauch von 10 gr beobachtet; dieselben bestanden in vierundzwanzigstündiger Harnverhaltung (die Untersuchung des Urins ergab als Ursache acuten Blasenkatarrh), Gefühl von Brennen im Schlunde, Schmerzen im Epigastrium und im Abdomen, Erbrechen, kleinem und unregelmässigem Pulse. Obwohl sämmtliche mit Benzoësäure behandelte Fälle in Genesung endeten, so war doch die Wirkung des Mittels eine wenig deutliche und lässt Verfasser es dahingestellt, ob nicht die Heilung spontan eingetreten ist. Er empfiehlt es, und zwar in Tagesdosen von 8—12 gr in Fällen von acutem Gelenkrheumatismus, die mit Nephritis complicirt sind und bei denen daher das salicylsaure Natron contraindicirt ist.

Gruppe 4 umfasst 24 mit Vesicantien behandelte Fälle. Verf. giebt zunächst einen Ueberblick über eine Reihe einschlägiger Arbeiten und über die verschiedenen Methoden der Anwendung. Er selbst folgte der Methode von Dawies (5 ctm breite Streifen des Cantharidenpflasters werden oberhalb oder unterhalb des afficirten Gelenkes um das ganze Glied herumgelegt, nach 24 Stunden entfernt, die Blasen angestochen und mit einer Warmwassercompresse bedeckt). Alle gegen die Anwendung erhobenen Bedenken hält C. nach seinen Erfahrungeu für grundlos. Er sah weder eine allgemeine Verschlimmerung noch eine Vermehrung des Fiebers bei ihrem Gebrauch; auch waren die

durch sie hervorgerufenen Schmerzen nach Aussage der Kranken (alle weiblichen Geschlechts) geringer als die Gelenkschmerzen. Unangenehme Nebenerscheinungen, abgesehen von leichter, bald selbst wieder schwindender Strangurie und zeitweiligem Auftreten geringer Mengen Blut im Urin hat er nie beobachtet. Dagegen konnte er in allen Fällen, und zwar meist schon an dem der Anwendung der Vesicantien folgenden Tage, eine erhebliche Vermindung der Schmerzen, Abschwellung der Gelenke und Herabsetzung des Fiebers constatiren. Bei Kindern und Greisen erfordert die Anwendung der Vesicantien Vorsicht; contraindicirt ist sie in allen Fällen, die mit Nieren und Blasenleiden complicirt sind. Auch will C. das Verfahren nicht angewendet wissen in Fällen von polyarticulärem acutem Gelenkrheumatismus, obwohl auch in diesen von anderer Seite günstige Erfahrungen vorliegen, weil bei dem zu ausgedehnten Gebrauch des Cantharidenpflasters doch leicht ernstere Störungen von Seiten der Blase und der Nieren eintreten könnten. Ob die mannigfach aufgestellte Behauptung, dass bei Anwendung der Vesicantien sich weniger leicht Herzaffectionen beim Gelenkrheumatismus einstellen und bestehende in ihrer Weiterentwicklung gehemmt werden, auf Wahrheit beruht oder nicht, kann C. nach seinen Erfahrungen nicht entscheiden.

Schlusssätze.

1. Salicylsaures Natron ist indicirt in den Fällen von polyarticulärem acutem Gelenkrheumatismus, in denen die Gelenkerscheinungen sehr ausgesprochen sind, vorausgesetzt dass keine der oben besprochenen Contraindicationen besteht.

2. Chinin ist das am besten und raschesten wirkende Mittel in den Fällen, in welchen man den Gelenkrheumatismus als Ausdruck einer Infection mit Malaria ansehen kann oder derselbe mit letzterer complicirt ist.

3. Die Benzoësäure scheint nur in den mit Nephritis verbundenen Fällen von acutem, polyarticulärem Gelenkrheumatismus anempfehlenswerth zu sein.

4. Die Vesicantien stellen das sicherste Heilmittel dar beim acuten monoarticulären Gelenkrheumatismus sowie in den Fällen, wo nur 2—3 Gelenke ergriffen sind.

Brockhaus (Godesberg).

---

63. **C. Hilton Fagge, On a Probable Cause of Lead colic.** Ueber eine wahrscheinliche Ursache der Bleikolik. (Lancet, 12. März 1881.)

Nach einer früheren Mittheilung H. F.'s vor der Med. Chir. Soc. (Transactions Bd. 59) kommt der blaue Saum am Zahnfleisch bei Bleivergiftung dadurch zu Stande, dass sich Körnchen von Schwefelblei theils innerhalb theils unmittelbar ausserhalb der kleinsten Gefässe ablagern. Diese bilden sich in Folge eines Präcipitats des im Blute noch circulirenden oder eben excernirten Bleis durch den Schwefelwasserstoff, welcher sich aus den zwischen den Zähnen steckenden Speiseresten entwickelt. H. F. sprach damals die Vermuthung aus, dass sich

Schwefelblei sicher auch im Darme bilden würde, wo das in den Capillaren circulirende gelöste Blei noch viel mehr Schwefel aus den Darmgasen treffen müsse. In der Sitzung der Med. Chir. Soc. vom 8. März d. J. berichtet nun H. F. über 4 Sectionen von Individuen, welche Symptome von Bleivergiftung gezeigt hatten. Zwei davon ergaben ein negatives Resultat, d. h. keinen aussergewöhnlichen Befund im Darm. In den beiden anderen Fällen dagegen fand sich eine ausgesprochene und weitgehende Schwarzfärbung der Darmschleimhaut. Die chemische Analyse dieser verfärbten Partien in Vergleich mit der von gesunden Darmtheilen der nämlichen Individuen ergab, dass erstere beträchtlich mehr Blei enthielten wie letztere. In einem der Fälle fand sich in den geschwärzten Theilen 320 mal mehr Blei wie in den nicht verfärbten. Die mikroskopische Untersuchung liess die schwarzen Körnchen um die Capillaren der Darmzotten abgelagert erkennen, ähnlich wie beim Zahnfleisch.

H. Port (London).

---

64. **Dr. Carl Lechner** (Chefarzt und Gerichtsarzt zu Budapest), **Pathogenese der Gehirnblutungen der luetischen Frühformen.** (Jahrbücher für Psychiatrie. II. Band. 2. und 3. Heft.)

L. gibt in acht Capiteln eine eingehende Schilderung der bei dem genannten Leiden in Betracht kommenden anatomischen, physiologischen und pathologischen Verhältnisse unter aufmerksamer Würdigung der einschlägigen äusserst reichhaltigen Literatur und unter Beibringung eigener Beobachtungen und Untersuchungen, und fasst dann die Ergebnisse seiner Studien in folgenden Sätzen zusammen:

1. Als ätiologisches Moment der luetischen Hirnblutung, gleichwie jeder — durch anderweitige Ursachen erzeugten — intrakraniellen Hämorrhagie, ist nur die Drucksteigerung im Blutgefässsystem, in Verbindung mit Wand-Erkrankungen der betreffenden Arterien und Capillaren, zu betrachten.

2. Die Syphilis der frühesten Sekundärperioden erscheint häufig nicht nur in Begleitung von — mit intravasaler Spannungszunahme verbundener — Hyperämien der Haut, Schleimhäute und Visceralgewebe, sondern auch des gesammten Schädelinhaltes oder Rückenmarkskanals.

3. Die luetische Gefässerkrankung ist eine beinahe konstante Begleiterscheinung aller specifischen Lokalisationsherde dieser Krankheit, und kann sowohl im Initialschanker, in den Hautsyphiliden, Schleimhautaffectionen und Eingeweide-Erkrankungen nachgewiesen werden, wie sie auch besonders häufig den arteriellen Cirkulationsapparat der Schädelhöhle und des Rückenmarkskanals heimzusuchen pflegt.

4. Das in Folge der Syphilisvirulenz zu Stande gekommene zweifache ätiologische Moment, nämlich der hyperämisch erhöhte arterielle und kapillare Blutdruck in Gemeinschaft mit der Gefässalte-

ration, vermag manche Blutergüsse in das Nachbargewebe der betheiligten Gefässbezirke zu produciren, in Form sowohl von Hautecchymosen, Omphalorrhagien, Blutungen aus den Körperöffnungen, Blutergüssen in die Lungen, Pleura etc., wie auch schliesslich in der Gestalt von Hirnhämorrhagien.

5. Die luetische Hirnhämorrhagie kann schon in der frühesten sogen. Eruptionsperiode der Syphilis zur Geltung kommen, gleichwie beim Antritt eines jeden — in dieses Stadium fallenden — Nachschub-Exanthems, wo sie sich dann zumeist nur auf die subkortikalen grauen Centren beschränkt und vorzüglich ins corpus striatum und in die lateralen Hirnventrikel zu ergiessen liebt — namentlich der linken Seite; während die Rückenmarksblutungen hauptsächlich in die graue Achsen-Substanz des Rückenmarks erfolgen.

6. Als Ursache des centralen Auftretens der frühesten luetischen Gehirnblutungen kann allein nur die anatomische Anordnungsweise des Hirnarteriensystems beschuldigt werden.

7. Die Entwicklung dieser Blutergüsse geschieht nur auf dem Boden eines durch Gelegenheitsursachen erzeugten locus minoris resistentiae, wobei die vasa vasorum diejenigen Gebilde sind, welche als loci praedilectionis dem Krankheitsgifte zum ersten Angriffspunkte dienen.

8. Es traten Hirnblutungen im Sekundärstadium der Syphilis nur bei solchen Individuen auf, wo eine allgemeine Disposition zur Miliaraneurysmen-Bildung vorhanden ist, und wo deshalb diese kleinen Ektasien, in Folge vorausgegangener, lokal schwächender Einwirkungen, bei Hinzutreten des reizenden Syphilisgiftes, sich auch wirklich zur Entwicklung bringen können.

9. Der sekundärluetischen Hirnblutung kann häufig auch eine Erweichung — nekrotischen Charakters — vorausgehen oder dieselbe begleiten, was auf einer gemeinschaftlichen Ursache in der Entstehung beider pathologischen Veränderungen beruht.

10. Die Hämorrhagie dieser Periode tritt fast ohne Ausnahme als Initialerscheinung der Hirnerkrankung auf, ohne jedwede Vorläufersymptome der Hirnlokalisation, was seine Erklärung in der pathogenetischen Entwicklungsart der ersten krankhaften Veränderungen findet.

11. Zu Recidiven scheinen die fraglichen Blutergüsse wenig Neigung zu zeigen, da die pathologischen Processe, denen sie ihre Entstehung verdanken, nur sehr kurze Zeit und vorübergehend auf jener Entwicklungsstufe verharren, die der Hämorrhagiebildung günstig bleibt.

12. Diese Blutaustritte kommen vornehmlich nur in jugendlichem Lebensalter zum Entstehen, wobei das männliche Geschlecht eine grössere Disposition zu Tage legt, als das weibliche.

Oebeke (Endenich).

65. **Dr. N. Weiss** (Privatdocent in Wien), **Ueber Tetanie.** (Volkmanns Sammlung klin. Vorträge No. 178.)

Nach einer geschichtlichen Uebersicht über die 1830 von Steinheim zuerst beschriebene Krankheit schildert W. die einzelnen Erscheinungen derselben, welche sich in ihren heftigeren Graden bis zu Anfällen von wirklichem Tetanus steigern, und Temperatursteigerung bis 40° C. bewirken können. Das Trousseau'sche Phänomen (Eintreten des Krampfes bei Compression der Art. brachialis und der Nerven am Oberarm) konnte auch W. öfters nur durch die Arteriencompression, nicht durch Nervendruck hervorrufen; einigemal genügte hierzu Druck auf den Halssympathicus, oder Kneifen der Haut am Arme. W. bestätigt Trousseaus Behauptung, dass sein Phänomen bei andern Nervenkrankheiten nicht vorkömmt. Wie Erb und Chwostek fand auch W. die electrische Erregbarkeit aller zugänglichen Nerven erhöht und zwar parallel dem Grade der Krankheit. Ebenso bestätigt W. die von Chwostek gefundene Steigerung der mechanischen Erregbarkeit. Ein leichter Schlag mit dem Finger oder Perkussionshammer auf einen Nerven bewirkt Contraction derjenigen Muskeln, die von diesem innervirt werden. Am besten lässt sich dies am Facialis demonstriren.

Aetiologisch bestätigt W. den Einfluss von Darmreizen und betont den Einfluss der Jahreszeit, durch welchen Tetanie manchmal wie epidemisch auftritt; ferner die Exstirpation des Kropfes. Zum Belege hierfür theilt W. 4 Fälle, 3 davon ausführlich mit (s. ausserdem das nächste Referat). W. betrachtet die Operation resp. den Wundreiz als Ursache der Tetanie. In dem einen Falle hatten die Anfälle bereits 14 Tage aufgehört, als sich plötzlich wieder ein solcher einstellte, es fand sich in der linken Seite des Halses ein Abscess, nach dessen Eröffnung kein weiterer Anfall mehr eintrat.

Das Wesen der Tetanie möchte W. in einem Reizzustand der grauen Vordersäulen der Medulla, analog den von Dr. Lion als Erklärung des tonischen Krampfes bei der Lateralsclerose gefundenen Veränderungen, suchen; derselbe rufe bei zeitweiser Steigerung den Krampf hervor und bedinge bei Nachlass in den Intervallen die zurückbleibende gesteigerte Erregbarkeit, welche Abwechselungen durch vasomotorische Einflüsse wahrscheinlich bedingt sein mögen.

Die pathologisch-anatomischen Befunde von Langhans, der an den Gefässen des Rückenmarkes ungleichmässige Verdickungen der Adventitia (Periarteriitis, Periphlebitis) fand, konnte W. in dem tödtlich abgelaufenen Falle seiner Beobachtung nicht bestätigen. Die von mehreren Beobachtern gefundene Hyperämie des Halsmarkes kann ebenso gut Folge als Ursache der Krankheit sein. Therapeutisch empfiehlt W. Ruhe, im Anfall Morphiuminjection, im Intervall Chloralhydrat bis 8 gr pro die, grosse Dosen Bromkali (5—10 gr), Eisbeutel im Nacken; von der electrischen Behandlung sah er keinen entschiedenen, bei schwereren Fällen gar keinen Erfolg.

R.

---

66. **Dr. R. Falkson** (Assistent der chir. Klinik in Königsberg), **Zwei Fälle von Tetanie nach Kropfexstirpation.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. No. 12.)

In beiden Fällen wurden die n. n. recurrentes durchschnitten. Im 1. Falle trat der Anfang der Tetanie am 2. Tage nach der Operation ein, welche 13 Tage bestand, mit Morphiuminjection und Chloroformirungen behandelt 8 Tage pausirte, um dann nochmals zu erscheinen, wonach sie durch nochmalige Chloroformnarkose beseitigt wurde. Im 2. Falle begann die Tetanie am 3. Tage nach der Operation, dauerte 7 Tage, darauf entstand Pleuropneumonie mit lethalem Ausgang bei nur 38,2 Temperatur. Die Autopsie ergab keine Veränderungen des Centralnervensystems.

R.

---

67. **Rosenthal, Neue Studien über Athembewegungen.** 1. Wirkung der electrischen Vagusreizung auf die Athembewegungen. 2. Ueber die Wirkung der electrischen Reizung des N. vagus. (Archiv f. A. und Ph. 1880. Suppl.-Band 2. Physiol. Abthlg.)

Mit Rücksicht auf die verschiedenen Widersprüche, welche sich gegen die von Rosenthal in seiner Schrift: Die Athembewegungen und ihre Beziehungen zum Nervus vagus, Berlin 1862, aufgestellten Sätze geltend machen, hat derselbe die Fragen einer erneuten eingehenden Untersuchung unterworfen und ist zu folgenden Resultaten gelangt:

1) dass die normale Wirkung der Reizung des centralen Vagusstumpfes stets eine inspiratorische ist, aber in dem Sinne, wie er schon früher hervorhob, dass die Inspirationen, wenn sie zahlreicher werden, sich zugleich verflachen, und dass, wenn es zum Athmungsstillstand kommt, diese mit einer meistens nur geringen Anspannung inspiratorischer Muskeln zu Stande kommt;

2) dass die Thätigkeit der Medulla oblongata nur bestimmt wird durch den Sauerstoffgehalt des Blutes. Die Erregung der Vagi vermag diese Thätigkeit nicht zu vergrössern, sie bewirkt nur eine anderweitige Vertheilung der ins Spiel gesetzten Muskelwirkungen, derzufolge die Athembewegungen häufiger, dafür aber schwächer werden. Die äusserste Grenze dieser Einwirkung hat eine stetige Contraktion von Muskeln zur Folge, deren Stärke und Dauer bedingt ist von der Grösse der vorhandenen Reizung.

Rücksichtlich des specielleren Verlaufes der hier in Betracht kommenden Nervenfasern und der Wirkung des Chloralhydrates schliesst Verfasser aus seinen zahlreichen, mit allen möglichen Cautelen und Variationen angestellten Versuchen, die er durch zahlreiche Curven erläutert, Folgendes:

1. Es gibt in dem N. vagus (wahrscheinlich aus der Lunge stammende) Fasern, deren Reizung auf das Athmungscentrum in der Art einwirkt, dass die Athmungsbewegungen häufiger und schwächer

werden, oder dass (bei stärkerer Reizung) die normalen Athembewegungen in einen mässigen inspiratorischen Stillstand übergehen, „regulatorische Fasern“.

2. Es gibt im N. laryngeus superior Fasern, deren Reizung die Athembewegungen seltener und tiefer macht oder (bei stärkerer Reizung) ganz aufhebt; „Hemmungsnerven des Athemcentrums“ Analoga der Hemmungsnerven des Herzens.

3. Es gibt im N. laryngeus inferior Fasern, deren Reizung ebenfalls exspiratorischen Stillstand zur Folge haben kann. Da sie aber nur bei stärkerer Reizung und bei narkotisirten Thieren und nach Exstirpation des Grosshirns gar nicht wirken, so können sie nicht gleichwerthig mit den unter 2 angeführten Hemmungsnerven sein und sind vielleicht nur sensibele Nerven, deren Erregung wie die anderer sensibeler Nerven mittelbar auf die Athembewegungen einwirkt.

4. Grössere Dosen Chloralhydrat, 0,3 gr, in die vena jugularis bei Kaninchen injicirt, heben die Wirkung der regulirenden Fasern vollständig auf, lassen aber die Wirkung der Hemmungsfasern bestehen.

Kochs.

68. **Dr. M. Weiss** (Prag), **Zur Kenntniss des Asthma Uraemicum und zur Berechtigung einer Annahme desselben.** (Zeitschrift für Heilkunde. II. Bd. 1. Heft. Prag 1881.)

Verf. bespricht kurz die verschiedenen Arten von Dyspnoe im Gefolge von Morbus Brightii, und erwähnt, dass hinsichtlich der Aetiologie des Asthma uraemicum noch jetzt die Meinungen auseinandergingen. Gegenüber der mechanischen Theorie (Traube, Niemeyer, Bamberger, Rosenstein, Fränkel, Leyden) steht die Annahme der urämischen Natur dieser Anfälle (Bartels). Verf. versucht an der Hand klinischer Thatsachen den Nachweis von der urämischen Natur dieser Zustände zu erbringen, und aus den klinischen Bildern den Mechanismus dieser Zustände zu deduciren. Verf. bemerkt zunächst, dass dyspnoetische Zustände zuweilen bei acutem Verlauf der Nephritis auftreten und folgert aus seinen Beobachtungen, dass sie nicht selten eines der frühesten Symptome dieser im Beginne so heimtückischen Krankheit seien. Er theilt 3 Fälle von chronischer Nephritis bei Patienten (im Alter von 40—57 Jahren) mit, und betont, dass die asthmatischen Anfälle das Gepräge einer Neurose zeigten und durch dieselben mit einer mechanischen Dyspnoe nichts gemein hatten. Bei einem 4 Jahre alten Patienten, den Verf. seit Anfang Januar 1880 an schwerer Scarlatina und Diphtheritis behandelte, stellten sich am 7. Februar leichte urämische Erscheinungen ein, und am 8. Februar Nachts wurde das Kind von einer hochgradigen Dyspnoe befallen, die nach ungefähr 2 Stunden vorüberging. Am 9. Februar erfolgte 7 Uhr Abends ein Anfall von paroxystischer Dyspnoe. Nach 5 Löffel Extr. Quebracho 5,00 aqu. dext. 90. Syr. simpl. 10 athmete das Kind ruhig und schlief dann ein. Am 11. Februar wiederholte sich um 4 Uhr

Nachmittags der dyspnoetische Paroxysmus. Derselbe liess wiederum auf Quebracho in $1^1/_2$ Stunden nach und das Kind schlief bald ein. Am 20. Februar kann das Kind als reconvalescent erklärt werden, trotzdem die Albuminurie noch bis zum 15. März persistirt. Es handelte sich in diesem Falle um kein Asthma, sondern die Paroxysmen bestanden in einer durch Nichts motivirten, expulsiven, ungemein stürmischen und frequenten Respiration, einhergehend mit deutlichen Zeichen von Angiospasmus. 5 Wochen nach Beginn der Krankheit machte sich das Nierenleiden bemerkbar. Gleichzeitig mit der Secretionsstörung trat Erbrechen, Kopfschmerz, hochgradige Sehstörung, regionäre Muskelzuckungen, Eclampsie und paroxysmenartig stürmische sehr frequente Respiration auf. — Die Erscheinungen entwickelten sich zu einer Zeit, wo grade Oedeme und Transsudationen in den Hintergrund gedrängt waren. Verf. glaubt hier wie in den meisten Fällen bei acuter Nephritis zur chemischen Theorie zurückgreifen zu müssen. Alle Zeichen von Hypertrophie des Thoracus fehlten. Die urämische Natur der erwähnten Erscheinungen, einschliesslich der Dyspnoe, manifestirt sich dadurch, dass dieselben nach Eintritt seröser Transsudationen in das Unterhautzellgewebe und die Körperhöhlen sistiren. Die turbulenten Erscheinungen hörten nach Eintritt des Hydrops auf, indem das Unterhautzellgewebe und die Körperhöhlen zu einer für den Organismus unschädlichen Ablagerungsstätte der im Blute kreisenden Bestandtheile der regressiven Stoffmetamorphose dienten. Die während der Dauer der acuten Nephritis bestandene continuirliche Dyspnoe muss wohl auf Rechnung des Fiebers gesetzt werden. Die Athembeschwerden äussern sich beim Asthma uraemicum entweder in einer gesteigerten Respirationsfrequenz, wobei die Intensität derselben gesteigert oder auch geringer sein kann, oder sie treten anfallsweise auf. Man kann dabei 2 Formen unterscheiden, eine paroxystisch anämische Dyspnoe, die mit plötzlicher Athemnoth, ohne jede spasmodische Bewegung des Athmens, mit Angiospasmus verläuft, und eine andere Form, die sich unter dem Bilde eines Bronchialasthma mit denselben charakteristischen Erscheinungen präsentirt. Für diese letztere Form passt so eigentlich die bisher collectiv gebrauchte Bezeichnung: „Asthma uraemicum". Die „paroxystische Dyspnoe" stellt sich Verf. so vor, dass das vasomotorische (pressorische) Centrum durch den Reiz des mit Excretionsstoffen des Harns gesättigten Blutes erregt wird. Es entstand Angiospasmus, dadurch Anaemie des Athemcentrums, und in deren Folge der dyspnoetische Paroxysmus. Für das „Asthma uraemicum proprie sic dictum" kommen nicht allein vasomotorische Einflüsse in Betracht, sondern man muss mit Riegel auch den Krampf als einen gleichartigen Factor des Asthma bronchiale betrachten. Das Asthma uraemicum kann man sich reflectorisch entstanden denken, und zwar würde man den Ausgangspunkt in den peripheren Pulmonalenden des Vagus zu suchen haben. Es müsste sich dabei um eine chemische Reizung handeln. Das die pulmonalen Vagusenden umspülende mit Harnstoff oder seinen Derivaten (Ammoniak) gesättigte Blut übt den Reiz aus, als dessen Effect die reflectorische Erregung der zur Lunge führenden (dilatatorischen) Gefässnerven, oder der die Bronchialmuskeln innervirenden motorischen Fasern, oder beides zugleich anzusehen wäre.

Es könnte aber auch durch automatische Erregung des vasomotorischen (depressorischen) Centrums und der Vaguswurzel von Seite des an Excretionsstoffen reichen Blutes das Gesammtbild des Asthma bronchiale hervorgerufen werden. Die Analogie mit den verschiedenen Formen des urämischen Anfalls, je nachdem der eine oder der andere Theil des Centralorganes automatisch erregt wurde, macht es plausibel, das Asthma uraemicum p. s. d. in den Rahmen des urämischen Anfalls einzufügen.

Kohts (Strassburg).

---

69. **Lesser, Die anatomischen Veränderungen des Verdauungskanals durch Aetzgifte.** (Virch. Archiv Bd. 83. S. 193.)

Die vielfach widersprechenden Angaben der Autoren über den Sectionsbefund bei Vergiftung durch ätzende Substanzen veranlassten Verf. zu einer Reihe von Experimenten mit Schwefel-, Salz-, Salpeter-, Oxalsäure, mit Alkalien, Sublimat und Arsenik. Die Anwendung aller dieser Agentien gab stets die gleichen Resultate. Für den Magen waren bisher gewöhnlich schwarze Verschorfungen als Ausdruck direkter Einwirkung der concentrirten Säure angesehen worden. Aus Verf. Versuchen geht hervor, dass concentrirte Säuren und die übrigen Substanzen direkt nur eine weissliche Trübung der Magenwandung in ihrer ganzen Dicke bedingen, wobei die Epithelien sowohl wie das übrige Gewebe in ihrer Form unverändert bleiben, nur ein trübes Aussehen bekommen, die Kerne aber stets sichtbar sind. In der Umgebung solcher nekrotischer und leicht brüchigen Parthien kommt es dann gewöhnlich zur reaktiven Entzündung, die mit Extravasation rother Blutkörperchen und einer durch die Infiltrirung bedingten Wandverdickung einhergeht. Die hier weiterhin, wenn auch nur verdünnt einwirkende ätzende Flüssigkeit, bedingt dann weiterhin Zersetzung des Blutfarbstoffes (zu Hämatin) und dadurch Braun- bis Schwarzfärbung der betreffenden Parthieen. Weiterhin pflegen dann solche Stellen allmählich zu erweichen. Dadurch kann es denn hier leicht zur Perforation und damit zur Ergiessung der ätzenden Flüssigkeit in die Bauchhöhle kommen. An den Parthien der direkten Säureeinwirkung bilden sich unter der auflösenden Wirkung derselben vielfache Defekte der Mucosa und Muscularis aus und dadurch kommt es dann auch an solchen Stellen leicht zu Rupturen. Aber auch ohne Defekte können letztere eintreten. Von den Organen der Bauchhöhle ist besonders die Leber den Einwirkungen der Aetzgifte ausgesetzt. Verdünnte Säuren und Alkalien bewirken im Magen nur hämorrhagische Infiltration und deren Folgen. Ganz entsprechend gestalten sich die geschilderten Verhältnisse im Oesophagus und im Darm. Auch dort bewirken concentrirte Säuren zunächst nur weissliche Trübung.

Von besonderem Interesse sind die Betrachtungen über die Empfindlichkeit des Oesophagus, des Magens und Darmes gegen die eingeführten Aetzgifte. Obgleich der Magen von denselben weit leichter angegriffen wird, als der Oesophagus, so wird bei den gewöhnlichen

Vergiftungen doch letzterer mehr zu leiden haben, als ersterer, da er die ätzenden Substanzen concentrirt erhält, die im Magen oft um das Mehrfache verdünnt werden. So kann unter Umständen der Magen ganz intakt bleiben, wenn der Oesophagus Veränderungen aufweist. Aber viel empfindlicher als der Magen ist der Dünndarm. Verdünnungen der Aetzgifte, die den ersteren intakt lassen, können hier noch ganz ausgedehnte Veränderungen bedingen. Ja es kann sowohl Oesophagus wie Magen gesund erscheinen und doch das Duodenum angeätzt sein; eine Thatsache, die das Interesse des Gerichtsarztes in hohem Grade in Anspruch nehmen muss.

Ribbert.

---

70. **Dr. A. Hiller** (Stabsarzt), **Zur Kenntniss der Nierenaffection der Schwangern.** Aus der medicinisch-propädeutischen Klinik zu Berlin. Mit 1 Tafel. (Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. II.)

Im Anschluss an die letzte Abhandlung Leyden's über Morbus Brightii (s. dieselbe Zeitschrift) schildert Verf. einen genau beobachteten Fall einer Schwangerschaftsnephritis. Ganz allmählich entwickelten sich bei einer Gravida vom 5. Monat ab, wie in den voraufgegangenen 4 Entbindungen Oedeme der Füsse, anfänglich ohne Störung des Allgemeinbefindens, allmählich nahmen die hydropischen Erscheinungen zu, verbanden sich mit einer Beschränkung der Harnentleerung. Am Ende des 6. Monats trat fast völlige Anurie und Uraemie auf, zu gleicher Zeit abortirte Patientin. — Nach erfolgter Geburt stieg die Harnmenge bedeutend; aber Eiweissgehalt verringerte sich bis zum fast völligen Verschwinden. Nach 2 Tagen erfolgte der Exitus. Das Urinsediment enthielt im Anfang hyaline und Faserstoffcylider, einzelne rothe und weisse Blutkörperchen, mässige Mengen Nierenepithelien mit Fettkörperchen und Haematoidin, Krystalldrusen in reichlicher Menge. Am Tage nach der Geburt war ziemlich dasselbe Sediment, nur waren zahlreiche Mengen rother Blutkörperchen jetzt sichtbar. In den folgenden beiden Tagen schwanden alle Formelemente. — Die Niere zeigte gar keine entzündlichen Veränderungen, sondern eine ausgesprochene Anaemie besonders in der Rinde; endlich eine ausgesprochene Verfettung im Verlauf der gewundenen Harnkanälchen und im Epithelbelag der Bowmannschen Kapseln. — Verf. hält die in Rede stehende Nierenaffection für eine ganz besondere Form des Morbus Brightii, unterschieden von allen andern durch den klinischen Verlauf und durch die Beschaffenheit des Harns; anatomisch gekennzeichnet durch ödematöse Schwellung, Anaemie und Verfettung der Rinde. — Als Ursachen für Entstehung der Schwangerschaftsnephritis nimmt Verf. mit Halbertsma, Popoff und Aufrecht die Compression der Ureteren an. Zum Schluss erörtert H. die Bedeutung der Nephritis für den mütterlichen Organismus, und die einzuschlagende Therapie; falls sich die diaphoretische und diuretische Behandlung nutzlos erweist, erachtet Verf. die Einleitung der künstlichen Frühgeburt als einen lebensrettenden Eingriff.

Lachmann (Giessen).

---

71. **Neumann, Ueber Psoriasis vulgaris.** (Wiener Klinik VII. Jahrg., II. Heft. Febr. 1881.)

Verf. giebt zunächst eine Uebersicht über die geschichtliche Entwicklung der Kenntniss des genannten Leidens und der unter betreffendem Namen oder ähnlich klingenden beschriebenen Krankheitsformen seit Hippocrates Zeiten; beschreibt den Character und Verlauf, die Symptome, auf welche die Diagnose zu basiren, die Aetiologie, pathologische Anatomie, Prognose und Therapie dieser Hautkrankheit. In dem Capitel über die Behandlung werden die gesammten bisher gebräuchlich gewesenen Methoden erwähnt, mögen sie allgemeine, innere oder örtliche Curen betreffen, um schliesslich als Hauptpunkt der ganzen Arbeit des Verfassers Erfahrungen über die neueren Mittel „Chrysophansäure (Chrysarobin)", „Pyrogallussäure", „Alizarin" und „Rufigallussäure" mitzutheilen.

Die Chrysophansäure, oder ein wie Liebermann nachgewiesen der Chrysophansäure sehr nahe stehender Körper, Chrysarobin genannt, ist der Hauptbestandtheil des seit langer Zeit gegen Hautkrankheiten verwandten, seit 1874 wissenschaftlich untersuchten Goa-powders (synonyme: Araroba, Arariba, Poh di Rahia). Die Mutterpflanze, eine sehr grosse tropische Leguminose, wurde noch von keinem Botaniker näher beschrieben. Stamm und Zweige enthalten das Goapulver, welches wiederum 80—84 % Chrysarobin enthält. Dies ist in Wasser gar nicht, in heissem Benzol leicht löslich, ferner in wässriger Lösung von Kali causticum, geschmolzenem Fett und Vaseline. Der Schmelzpunct liegt bei 175 ° F., bei höheren Temperaturen tritt Zersetzung ein. Die Anwendung erfolgt am besten in Salbenform 1 : 4 und zwar empfiehlt N. besonders folgendes Recept:

Ungt. simpl. 40,0
liquefact. admisce exactissime
ac. Chrysophan. 10,0
adde Ol. Bergamott. gutt. X.

Die Application der Salbe geschieht zweckmässig nach einem warmen Bade mit alkalischer Abwaschung. Bei Psoriasis punctata, guttata ad nummularis genügen oft 3—4 Einreibungen zur Heilung. Nach der Heilung zeigt die Haut an Stelle der psoriatischen Efflorescenz einen weissen Fleck, der umsomehr von der umgebenden Haut absticht, als diese durch die Application des Mittels dunkel gefärbt wird. Die natürliche Pigmentirung findet sich erst allmählich wieder ein. — Bei der Application des Chrysarobins tritt ein starker Hautreiz ein, es entwickelt sich oft ein Erythem und Oedem der Haut; Schlaflosigkeit und Frösteln mit Brennen und Jucken der Haut folgen; doch schwinden diese Symptome nach wenigen Tagen.

Im allgemeinen ist hiernach der Erfolg bei diesem sonst so resistenten Uebel überraschend; bisweilen bleibt er aber auch hierbei aus, und ist man gezwungen, zu den früher gebräuchlichen Mitteln zu greifen oder zu den der Chrysophansäure ähnlichen Stoffen der Pyrogallussäure, dem Alizarin oder der Rufigallussäure überzugehen. Diese Mittel sind jedoch meist von viel geringerer Wirkung. — An Gesicht

und Kopf wendete man Chrysophansäure wegen der intensiven Färbung, an den Genitalien wegen der hier herrschenden Reizbarkeit der Haut nicht gerne an. Bäder sind beim Beginn der Cur und nach je 6—8 Einreibungen zu geben.

von Mosengeil (Bonn).

---

72. **Bournedille et d'Olier, Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du bromure d'éthyle dans l'épilesie et l'hystérie.** Untersuchungen über die physiologische und therapeutische Wirkung des Ethylbromids bei der Epilepsie und der Hysterie. (Le progr. médic. 1881. No. 13.)

Die Verfasser haben eine ausgedehnte Reihe von Versuchen bei Epileptischen und Hysterischen angestellt. Das Medikament wurde angewandt in Form von Inhalationen mittelst einer Kompresse, auf welche 10—15 gr gegossen wurden. Zehn Epileptiker haben zwei Monate lang täglich inhalirt; acht andere Kranke inhalirten zu wiederholten Malen beim Ausbruch hysterischer oder epileptischer Anfälle. Folgendes sind die Resultate der Beobachtungen:

„1. Die Erweiterung der Pupillen im Beginn der Inhalationen ist nicht konstant.

2. Eine vollständige Erschlaffung der Muskeln tritt nur ausnahmsweise ein.

3. Die Anästhesie zeigt bei verschiedenen Personen sehr verschiedene Grade.

4. Die Temperatur, die Sekretionen, das Allgemeinbefinden scheinen keine Veränderungen zu erleiden.

5. Der Puls und die Respiration sind in geringem Grade beschleunigt.

6. Während der Inhalationen kann ein mehr oder weniger ausgesprochenes Zittern der Glieder auftreten, welches dieselben aber nicht überdauert.

7. Die hysterischen Attacken werden im Allgemeinen durch das Ethylbromid leicht sistirt.

8. Die epileptischen Anfälle können während der Periode des tonischen Krampfes mitunter gehemmt werden; meistens bleibt aber die Inhalation ohne Wirkung.

9. Bei der Epilepsie vermindern ein bis zwei Monate lang fortgesetzte tägliche Inhalationen die Zahl der Anfälle in sehr bemerkenswerther Weise".

E. Bardenhewer.

---

73. **Hughes Bennet, On the Action of the Bromides in Epilepsy.** Ueber die Wirkung der Bromverbindungen bei Epilepsie. (Edinburgh Medical Journal, Febr. and March 1881.)

B. bespricht die Ergebnisse bei 117 längere Zeit hindurch beobachteten Fällen von Epilepsie, die sämmtlich mit Bromverbindungen

behandelt wurden. Er begann mit 2,0 dreimal täglich (halb Bromkali und Bromammonium) und stieg nach Umständen bis auf 4,0 und 5,0 pro dosi. Bei Kindern von 10—12 Jahren 1,3. Die Beobachtungszeit dauerte von 6 Monaten bis zu 4 Jahren.

Die Resultate werden folgendermassen zusammengefasst:

1. Bei 12 p. c. der Epileptischen blieben die Anfälle vollständig aus während der ganzen Zeit der Behandlung.

2. Bei 83,3 p. c. wurden die Anfälle beträchtlich herabgesetzt sowohl in Zahl wie Stärke.

3. In 2,3 p. c. der Fälle war kein Erfolg ersichtlich.

4. In 2,3 p. c. zeigten sich die Anfälle vermehrt während der Medication.

5. Die Form der Erkrankung, ob erblich oder nicht, ob mit oder ohne Complicationen, ob frisch entstanden oder von bereits langer Dauer, das Alter der Betroffenen und ihr sonstiger Gesundheitszustand schienen in keiner Weise die Behandlung zu beeinflussen; die Erfolge waren ganz die gleichen unter den verschiedensten Umständen.

6. Betreffend Bromvergiftung, so zeigte sich unter 60 darauf beobachteten Fällen bei 66,6 p. c. keine Spur davon. Bei 33,4 p. c. trat sie in verschiedener Form und Graden auf, aber nie sehr heftig. Allgemeine Körperschwäche bei 28,5 p. c., geistige Schwäche bei 18,8 p. c. und Bromausschlag bei 16,6 p. c.

H. Port (London).

---

74. **A. Preetorius, Ueber die Behandlung der Urämie im Kinderalter mit Pilocarpinum muriatic.** Mittheilungen aus der Strassburger Kinderklinik. (Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung. XV. Bd. 3. u. 4. Heft. Leipzig 1880.)

Verf. referirt zunächst über die Erfolge des Pilocarp. muriat., das bei den mannigfachsten Krankheiten bei fieberhaften Zuständen, bei acuten und chronischen Leiden von vielen Autoren in den letzten Jahren angewandt wurde. Er erwähnt sodann die Anwendung des Pilocarpins bei Urämie, das zuerst von Demme, sodann Boegehold u. A. mit Erfolg gegeben wurde und referirt ausführlicher über 11 Fälle von Urämie, bei denen Kohts in 5 Fällen vollständig Genesung, in einem Falle Sistirung der Convulsionen und Wiederkehr des Bewusstseins eintreten sah. — Verf. betont besonders, dass es sich um schwere Fälle von Urämie handelte, und dass die Erfolge mit der Pilocarpinbehandlung insofern als günstig zu bezeichnen seien, weil bei der sonst üblichen Behandlungsweise der Urämie in früheren Jahren auf der Strassburger Kinderklinik kein Fall von Urämie zur Heilung gelangte. Verf. resumirt aus den vorliegenden Beobachtungen:

1) die Behandlung der Urämie mit Pilocarpin bietet günstige Chancen,

2) die Anwendung desselben findet eine Contraindikation bei gleichzeitig bestehenden Complicationen, ferner bei abnormen Schwäche-

zuständen und schon verhandenem Collaps, endlich bei allgemeinem Hydrops der Hautdecken.

3) Das Pilocarpin scheint in den Fällen von Urämie ohne Erfolg zu sein, wo es sich um eine Glomerulonephritis handelt.

4) Das Pilocarpinum muriatic. ist nicht nur als Diaphoreticum zu betrachten, sondern es muss auch eine directe Einwirkung auf die Nierensecretion angenommen werden.

Kohts (Strassburg).

---

75. **Dr. H. Seemann** (Berlin), **Ueber die Wirkung von Pilocarpinum muriaticum gegen Wassersucht bei Nephritis scarlatinosa.** (Zeitschr. f. klin. Medic. B. II.)

In einer ausgedehnten Scharlachepidemie, welche sich durch aussergewöhnliches häufiges Auftreten von Nephritis und Wassersucht auszeichnete, hatte Verf. Gelegenheit in 9 Fällen die Wirkungen des Pilocarpin zu beobachten; fünf derselben verliefen ohne erheblichen Zwischenfall günstig. In einem Falle traten nach zweimaliger Injection von 0,006 Pil. uraemische Erscheinungen auf (wie sie öfters nach schnellen Resorptionen hydropischer Ergüsse auftreten cf. Bartels). In 3 andern Fällen traten Complicationen von Seiten des Respirationsapparates auf, darunter einmal Pneumorrhagie mit tödtlichem Ausgang. — Verf. zieht aus diesen Beobachtungen folgende Schlüsse:

1. Pilocarp. ist bei Nephrit. scarlat. noch wirksam, wenn die andern bisher bekannten Mittel erfolglos sind, jedoch greife man zu diesem Mittel nur in den wirklich hartnäckigen Fällen.

2. Wenn das Pilocarp. ein Schwinden der hydrop. Erscheinungen bewirkt, so überlasse man wegen der die durch zu rasche Resorption drohende Uraemie der Natur und andern Heilmitteln den Heilungsprocess fortzuführen.

3. Nach jeder Pilocarpinanwendung ist der Zustand der Respirationsorgane sorgfältig zu überwachen; bei stockender Schleimexpectoration oder beginnender Pneumonie ist von jeder weitern Anwendung Abstand zu nehmen.

Lachmann (Giessen).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von
Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **15. April.** **Nro. 6.**

---

76. **Dr. P. Grawitz, Experimentelles zur Infectionsfrage.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 14.)

G. hat gezeigt, dass durch systematische Züchtung die gewöhnlichen Schimmelpilze, Aspergillum und Penicillium in bösartige parasitische Pilze umgewandelt werden können, welche in das Blut eines Thieres eingebracht, dessen Tod in drei Tagen unter allgemeiner Verschimmelung herbeiführen (Virch. Arch. Bd. 81. S. 355), und bespricht nunmehr die Uebergangsstufen bei dieser Umwandlung und deren Wirkung auf die einzelnen Organe.

Selbst bei massenhafter Einfuhr des gewöhnlichen Brodschimmels entsteht keine Krankheit, selbst die Nieren bleiben ganz normal. Wählt man eine physiologische Varietät von Schimmeln, welche sich schon an die hohe Temperatur accomodirt hat, so tritt auch hier noch keine Störung des Wohlbefindens ein, aber G. fand bei Tödtung nach 3 oder 4 Tagen eine parenchymatöse Nephritis und in der Leber Herde von parenchymatöser Körnung und Trübung, in andern Organen nichts. Nimmt man eine noch weiter cultivirte Pilzgeneration, so bleibt das Wohlbefinden wiederum ungestört, die anatomische Untersuchung zeigt aber dieselben Organerkrankungen in höherem Grade, ausser der Trübung auch Fettmetamorphose. Ein drittes Stadium in der Entwickelung der injicirten Pilze zeigt, dass trübe Schwellung und Fettmetamorphose in directer Abhängigkeit von der Lebensthätigkeit der eingebrachten Pilze selbst stehen. Man findet unter den obigen Herden zahlreiche andere, in denen sich eine absterbende Pilzvegetation findet; untersucht man 8—14 Tage später, so sind in diesen letzteren Herden Pilze gar nicht mehr zu finden. Es können also Sporen keimen, sich ansiedeln, kleine parenchymatöse Trübungen verursachen, aber sie erliegen den für sie ungünstigen Ernährungsbedingungen, sterben ab und verschwinden.

G. fand zu den weiteren Untersuchungen das Oidium lactis geeigneter, obwohl es sehr viel Mühe kostet, dasselbe von den ihm anhaftenden Bakterien zu befreien und alkalischen Flüssigkeiten zu adaptiren, auch seine Wachsthumsenergie gering ist. Diese Versuche ergaben regelmässig in Leber und Nieren parenchymatöse Trübung bis zum Uebergang in Verfettung, ausserdem Muskelherde, punctförmige Blutungen, körnige Trübungen, im Herzen recht ausgebreitete Herde parenchymatöser Myocarditis. Mit blossem Auge erkennbare Pilzwucherungen, wirkliche Necrose zu erzeugen, oder andere Gewebe in Mitleidenschaft zu ziehen, reichten Oidiumculturen nur selten aus.

Sowohl aus diesen Versuchen, wie aus den acuten Verschimmelungen geht hervor, dass die zuerst heimgesuchten Organe Nieren und Leber sind, dass sodann Muskeln, Herz und Schleimhäute, besonders des Darmes, in dritter Linie Milz, Knochenmark, Lympfdrüsen afficirt werden, während Lungen und Gehirn sich äusserst resistent verhalten. Ein Verhalten, für welches die mikroskopische Untersuchung keinerlei Anhaltspuncte liefert. Man muss dafür die verschiedene Energie in Anspruch nehmen, mit welcher die Gewebszellen ihre Nahrung assimiliren, „die immanente physiologische Widerstandsfähigkeit gegen Concurrenz im Kampfe ums Dasein“.

G. ist geneigt, als Grund dieser grossen Verschiedenheiten das verschiedene Sauerstoffbedürfniss der Organe anzusehen. Während das Gehirn auf eine Absperrung arterieller Blutgefässe sofort mit schweren Functionsstörungen antwortet, ertragen die Nieren die Compression der Arterie länger als 1/2 Stunde, ohne dass irgend eine Folge daraus erwüchse.

R.

77. **A. Pasteur, Note sur une épidémie de fièvre typhoide observée au Petit-Saconnese, en octobre et novembre 1880.** Bemerkungen über eine zu P. S. beobachtete Typhusepidemie im October und November 1880. (Revue médicale de la Suisse Romande 1881. No. 3.)

Ein in P. S. angesessener 32 jähriger Bäcker erkrankte auf der Rückreise von Aix-les-Bains, wo er eine vierwöchentliche Cur gegen Ischias gebraucht hatte; zu Hause entwickelte sich ein Typhus, complicirt mit Lungencongestion und Darmblutungen, welchem er am 30. September 1880 erlag. Hinter dem Hause des Kranken ist ein enges Gässchen mit einem unterirdischen Kanal, der die Abwässer der umliegenden Häuser aufnimmt. An dem durch einen Hof gebildeten Ende des Gässchens befindet sich dicht neben dem Kanal ein Brunnen mit Pumpe. Derselbe war mehrere Jahre hindurch ausser Gebrauch gewesen, jetzt aber seit wenigstens 18 Monaten wieder benutzt worden. Die Dejectionen des Kranken waren in den Kanal entleert, die beschmutzte Wäsche an dem Brunnen gereinigt worden und hatte das schmutzige Wasser oft wegen des ungenügenden Abzugs längere Zeit stagnirt. Vom 9. bis 20. October erkrankten in den beiden, dem Hause des Verstorbenen gegenüberliegenden Häusern 8 Personen (mit 4 Todesfällen), und zwar 5 an ausgesprochenem Typhus; auch bei den übrigen war ein entschieden typhöser Zustand zu constatiren. Sämmtliche Erkrankte, mit Ausnahme eines 3 Monat alten Kindes, hatten das Wasser des oben erwähnten Brunnens getrunken. P. liess an demselben Tage, an welchem der erste Erkrankungsfall nach dem Tode des Bäckers zu seiner Kenntniss kam, sofort den suspecten Brunnen schliessen; diesem Umstande ist nach seiner Ansicht zuzuschreiben, dass die Epidemie einen weiteren Umfang nicht angenommen hat. Das Wasser des Brunnens sowie Erde aus der nächsten Umgebung wurden einer mehrmaligen Untersuchung unterworfen, welche eine sehr starke Verunreinigung mit stickstoffhaltigen Substanzen (40—50 ctgr auf 1 Liter Wasser) ergab. Der Abzugskanal befand sich in sehr schlechtem Zustand und seine Umgebungen waren stark mit organischen Stoffen verunreinigt.

Diese Verhältnisse hatten indess schon lange Zeit bestanden, ohne zu Erkrankungen der Bewohner der angrenzenden Häuser Veranlassung zu geben. Es ist daher nach P. bis zur Evidenz klar, dass das Typhusgift durch den zuerst erkrankten Bäcker eingeschleppt und durch die Dejectionen und die schmutzige Wäsche desselben dem Brunnenwasser mitgetheilt worden ist. Durch die herrschenden Temperaturverhältnisse — intensive Hitze mit täglichen Gewittern — ist die Entwicklung des Giftes vielleicht begünstigt worden. Von den Personen, welche sich fortwährend in der Umgebung der Kranken aufhielten, aber nicht von dem inficirten Wasser tranken, ist kein Einziger erkrankt.

Brockhaus (Godesberg).

78. **Dr. Förster** (Dresden), **Zur miasmatischen Verbreitung der Diphtherie.** (Archiv f. Kinderheilkunde Heft 4 u. 5. 1881.)

Verf. beobachtete im Kinderspital zu Dresden in einem nicht mit infectiösen Kranken belegten Zimmer in einem Zeitraum von 1½ Jahren 11 Erkrankungen an Diphtheritis und in einem benachbarten Zimmer in kurzer Zeit 4 Erkrankungen; nur in 4 Fällen konnte die Infection durch directe Uebertragung stattgefunden haben, in den übrigen Fällen war die Aetiologie absolut dunkel. Als dann die Dielen des Fussbodens, welche eingetrocknet waren und grosse Fugen zwischen sich zeigten, ausgespähnt wurden und der Fussboden neu angestrichen wurde, kam keine Erkrankung an Diphtheritis mehr vor. Verf. glaubt, dass das Diphtheritisgift in dem Schmutze zwischen den Dielen deponirt gewesen ist, denn jedesmal nach dem Vorkommen eines Diphtheritisfalles waren Betten und Wände, mit Ausnahme des Fussbodens, gründlich desinficirt worden. Verf. will deshalb die Aufmerksamkeit der Aerzte beim Desinficiren von Krankenzimmern nicht nur den Wänden, sondern auch dem Fussboden zuwenden.

Kohts (Strassburg).

---

79. **Dr. Neumeister, Pilocarpin und Diphtheritis.** (Aus dem Lazaruskrankenhause in Berlin.) (Deutsche Med. Wochenschr. 1881. Nr. 8.)

Verf. hat 28 Fälle von Diphtheritis mit Pilocarpin behandelt, 23 Kinder und 5 Erwachsene; die Kinder bekamen stündlich Tag und Nacht 1—2,5 und Erwachsene 2—4 mgr Pilocarpin; von den 23 Kindern starben 13, von den 5 Erwachsenen 1; bei den 28 Patienten trat nur bei 11 Salivation auf bei 23 Kindern nur in 8 Fällen, in den 4 Fällen, wo Diphtheritis mit Scarlatina complicirt war, beobachtete Verf. nur einmal geringe Salivation; in den Fällen, wo Salivation eintrat, hat Verf. keine Abstossung der Membranen beobachtet. In 8 Fällen hat Verf. directe Schädlichkeiten nach dem Gebrauche des Pilocarpins beobachtet. Der Puls war in 7 Fällen unregelmässig und aussetzend, einmal beobachtete er Albuminurie.

Verf. plaidirt für roborirende, excitirende und antifebrile Behandlung und locale Desinfection, und zwar am besten durch 4% Carbolsäure in directer Applikation mittelst Stielschwammes, bei Kindern, die sich gegen diese Behandlung aus Widerwillen gegen die Carbolsäure sträuben, wendet Verf. statt der Carbolsäure 1—2 % Lösung von essigsaurer Thonerde an. Inhalationen von Salicylsäure nach Jacobi verwirft Verf., weil sie heftigen Hustenreiz verursachen; von Inhalationen mit Milchsäure, Natron benzoicum, Borsäure, Kalkwasser hat Verf. keinen Erfolg gesehen, am besten ist einfache Kochsalzlösung.

Kohts (Strassburg).

---

80. **Prof. Laschkewitz** (in Charkow), **Pilocarpin gegen Diphtheritis.** (Medicinsky Westnik, 1881, Nr. 3.)

Durch den Vorschlag, von Dr. Guttmann angeregt, wandte L. die Guttmann'sche Pilocarpinlösung in 10 schweren Fällen der Diphtheritis an, welche bald nach der Erkrankung zur Behandlung gekommen waren. Ausser Pilocarpin wurden den Patienten Wein und Gurgelwasser (schwache Lösung zinci hypermanganici) gereicht; bei einigen Patienten mit sehr starker Drüsenschwellung wurde locale Einreibung von ung. kali jodati und in einem Fall, wo fast vollständige Anurie eintreten wollte, inf. f. digitalis verordnet. — Alle 10 Fälle verliefen tödtlich. — Die Patienten waren 2—7 Jahre alt, die Temperatur war in einigen Fällen sehr mässig (bis 38,0°), in anderen beträchtlich (bis 39,7°) erhöht. — Prof. L. hat in keinem Fall eine sichtbare Wirkung gesehen und glaubt deshalb dem Pilocarpin zum mindesten eine specifische Wirkung gegen Diphtheritis absprechen zu müssen.

Krusenstern (Petersburg).

---

81. **Dr. Bosse** (Domnau), **Weitere Beiträge zur Behandlung der Diphtherie mit grossen Dosen Terpenthinöl.** (Berl. klin. Wochenschrift. 1881. Nr. 10.)

B. bestätigt durch weiter mitgetheilte Krankengeschichten die schon früher von ihm gemachten Erfahrungen über die schnelle und günstige Einwirkung grosser einmaliger Dosis Ol. Terbinthin. (s. d. Centralbl. I. Jahrg. Nr. 33. p. 514). Er behandelte damit seine eigenen 4 Kinder mit gleich günstigem Erfolge. Das zuweilen eintretende Erbrechen und etwaige Diarrhoe vergehen bald von selbst und haben keinen Nachtheil. Eine Tabelle giebt über 20 Fälle genaueren Aufschluss. Strangurie trat nur 1 Mal ein. Die einzigen 2 Todesfälle betrafen agonisirende Patienten. Dass grosse Dosen des Oeles ohne besondere Nachtheile genommen werden können, hatte B. durch Prof. Naunyn erfahren; derselbe nahm innerhalb 4 Stunden über 100 gr mit Eigelb, ebenso noch 3 andere Herren, und Alle hatten ausser geringen Kopfschmerzen am folgenden Tage nichts zu klagen. Dass das Oel auf Schleimhäuten so wenig reize, erklärt B. nach der von Prof. Busch über das Eucalyptusöl gegebenen Erklärung. Die hier secernirte Feuchtigkeit bilde gewissermassen eine Isolirschicht zwischen Oel und Gewebe, so dass das Ozon mit dem in dieser enthaltenen Eiweiss sich umhüllen und so seine ätzenden Wirkungen verlieren könnte.

R.

---

82. **M. E. Gaucher, Note sur la néphrite infectieuse diphthéritique et sur la pathogénie de l'albuminurie dans la diphthérie** (Société de biologie, séance du 22. Janv. 1881. Gazette médicale de Paris. No. 8.)

Verf. untersuchte bei einem 15 jährigen an Diphtheritis erkrankten Knaben das Blut und den Urin auf „microbes“ unter Anwendung der

nöthigen Cautelen, um äussere Keime abzuhalten. Der an Eiweiss sehr reiche Urin enthielt eine sehr grosse Menge von sphärischen und punktförmigen Bacterien, Monaden und Micrococcen, keine Stäbchen, keine Kettchen und keine Cylinder. Im Blut fand er dieselben Gebilde, weniger zahlreich, aber sehr deutlich. Pat. starb am 7. Tag seiner Krankheit und Verf. fand in der Niere dieselben Bacterien. Er nimmt daher an, dass die diphtheritische Nephritis eine parasitäre ist, und dass die Albuminurie die Folge des Durchganges der Bacterien aus dem Blute durch die Niere ist. Sie ist also eine Folge der allgemeinen Infection, und sie liefert auch den Beweis, dass die Natur bestrebt ist, die Parasiten, womit der Körper inficirt ist, durch die Nieren auszuscheiden.

Kohts (Strassburg).

---

83. **M. Mendelssohn, Ueber die paradoxe Muskelkontraktion.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1880. No. 10.)

M. reproduzirt die Beschreibung und Deutung, welche Westphal über diese von ihm entdeckte Erscheinung gegeben hat, berichtet über die entgegenstehende Auffassung Erlenmeyer's und schliesst sich der Ansicht Westphal's an, weil ihm der Erlenmeyer'sche Versuch, den m. gastrocnemius zu verkürzen und so das Eintreten der paradoxen Kontraktion zu verhüten, geringe Beweiskraft zu haben scheine. Er hat dieselbe auch in der Seitenlage des Patienten bei herabhängenden Beinen hervorrufen können, und hat sie verschwinden sehen bei einfachem starkem Druck auf die Wadenmuskulatur, wobei also keine Verkürzung des Muskels statt hatte.

Bei graphischer Untersuchung fand er die Kurve des in paradoxer Kontraktion befindlichen m. tibialis anticus ähnlich der eines mit Veratrin vergifteten Muskels.

M. fand das Phänomen in 10 Fällen von tabes dorsalis atactica 2 Mal (auch an anderen Muskeln); ferner in 4 Fällen von hemiplegia sinistra mit beginnender Rigidität der Muskeln; in 3 Fällen von Hysterie mit konvulsiven Anfällen; in 1 Falle von multipler Herdsklerose; hier entwickelte sich Rigidität und selbst eine geringe Kontraktur der Muskeln, bevor man noch die paradoxe Kontraktion hervorzurufen im Stande war (entgegen der Erwartung Westphal's); ferner in einem Falle von ausgesprochener Brown-Séquard'scher Halbseitenlähmung an der gelähmten Extremität; in 5 Fällen von Alkoholismus chronicus „mit deutlich ausgesprochenem Tremor, erhöhten Sehnenreflexen und geringer Rigidität der Muskeln; in 4 Fällen von spastischer Spinalparalyse mit Rigidität der Muskeln und sehr erhöhten Sehnenreflexen konnte M. die paradoxe Kontraktion nicht hervorrufen, wahrscheinlich weil durch die Dorsalflexion ein starker Fussklonus entstand.

„Trotz der geringen Zahl meiner Beobachtungen glaube ich doch es wagen zu dürfen, folgende Wahrscheinlichkeitsschlüsse aus denselben zu ziehen:

1) Die paradoxe Muskelkontraktion entsteht durch den Verlust

des Gleichgewichtes in der Tonicität gewisser Muskelgruppen und deren Antagonisten.

2) Es besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen der paradoxen Muskelkontraktion und dem pathologischen Zittern; diese beiden Symptome gehören mit den Sehnenreflexen und der Kontraktur zu einer von einem gewissen Grade des Muskeltonus abhängigen Symptomenreihe Die im Reflexbogen den Muskeltonus erzeugenden Veränderungen bringen auch die paradoxe Muskelkontraktion hervor, deren klinische Wichtigkeit wohl durch weitere und zahlreichere Untersuchungen festgestellt werden kann."

E. Bardenhewer.

---

84. **Dr. Ad. Strümpell** (Leipzig), **Tonische Krämpfe in willkürlich bewegten Muskeln (Myotonia congenita).** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. No. 9.)

Dr. Thomsen in Kappeln (Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrht. 1876, Bd. VI, S. 702) und Seeligmüller (Deutsche med. Wochenschr. 1876, 33—34) haben eine Störung der Muskelthätigkeit bei willkürlichen Bewegungen beschrieben, welche von Kindheit datirte, mehrere Mitglieder derselben Familie betraf und sich dadurch charakterisirte, dass die Muskeln in einer Art anhaltender Starre sich befinden, und dadurch der Einwirkung des Willens nur unvollkommen gehorchen, dies aber bei fortgesetzten Bewegungsversuchen immer besser thun. Erb (Rückenmarkskrankheiten bei Ziemssen etc. II. Aufl. S. 817) hat die Krankheit bereits als eine besondere Form abgerundet dargestellt, Leyden (Klinik der Rückenmarkskrankheiten, Bd. I. S. 128) bereits 1866 einen Fall beobachtet, Bernhardt (Virchow's Arch. Bd. 75, S. 516) die bisherigen Beobachtungen zusammengestellt. Dr. Str. beschreibt einen Fall aus der Wagner'schen Klinik in Leipzig. Der intelligente Kranke gab an, dass er von Kindheit an seinem Uebel leide, dasselbe sich immer weiter verschlimmere, zwei Geschwister dieselbe Krankheit hätten und dass die Störung seiner Muskelthätigkeit darin bestehe, „dass bei jeder Kraftäusserung die betreffenden Muskeln sich krampfhaft anspannen und nicht sofort wieder loslassen". Auf kurze Zeit kann der Zustand durch anhaltende Bewegung gehoben werden. Wenn die ersten Stufen beim Treppensteigen nur langsam und steif erstiegen werden, kann er zuletzt „mit jedem Andern um die Wette laufen". Nach derartigen Anstrengungen wird aber die „bleierne Schwere und Mattigkeit der Muskeln" um so grösser. Bei plötzlichen Erschütterungen oder Schreck kann sich der Zustand der Steifheit über den ganzen Körper verbreiten, sodass Patient hinfällt und „wie ein steinerner Mann" liegen bleiben muss. Alle willkürlich beweglichen Muskeln waren von dieser eigenthümlichen Functionsstörung befallen; auch Sprechen und Schlucken wurden dem Patienten nach längerem Pausen zuerst schwer. Die Haut- und Sehnenreflexe erschienen normal. Die electrische Erregbarkeit verhielt sich qualitativ normal, aber die Muskelcontraction überdauerte

den Reiz eine Zeit lang. Die directe mechanische Erregbarkeit war auffallend undeutlich. Die Muskeln erscheinen sehr stark entwickelt, Fettpolster gering, die Muskelkraft beträchtlich, fibrilläre Zuckungen nicht vorhanden; Sensibilität, Harn und Stuhlentleerung völlig normal. Dr. Str. hält die Affection für „eine angeborene Anomalie des Muskelsystems", und schlägt zu ihrer Bezeichnung den Namen Myotonia congenita vor.

R.

---

85. **Elongation des nerfs** (Nervendehnung), **anesthésie reflexe** (Reflex-Anästhesie). (Verhandlungen der société de biologie, s. im Progr. médic. 1881. Nr. 13.)

In der Sitzung der société de biologie vom 19. März a. c. zeigte Quingaud ein Meerschweinchen, an welchem er vor anderthalb Monaten eine Dehnung des n. ischiadicus gemacht hatte; es sind trophische Störungen eingetreten und die amputatio spontanea der von den Nerven versehenen Zehen, dieselben Läsionen also wie nach der Durchschneidung der Nerven. Ueber ähnliche Resultate (trophische Störungen nach Nervendehnung) berichtet Laborde. Bei einem andern Meerschweinchen machte er eine Dehnung eines n. ischiadicus, gerade stark genug, um Anästhesie hervorzurufen; jetzt dehnte er den n. ischiadicus der andern Seite bis zu demselben Grade, dann stellte auf der ersteren Seite die Sensibilität sich wieder ein. (Vergl. sinapiskopische Untersuchungen von Adamkiewicz.) Mehrere Versuche ergaben dasselbe Resultat, vorausgesetzt, dass die Dehnung und die durch die Dehnung bewirkte Anästhesie nicht zu weit getrieben waren.

Q. schliesst daraus, dass es sich nicht um eine blosse Zerrung der Nerven, sondern um eine phénomène à distance, um eine Veränderung des Dynamismus der Nervenzellen im Rückenmark handelt, wie Brown-Séquard angenommen hat.

In derselben Sitzung demonstrirte Malicot einen Kranken, bei welchem nach einer Verletzung in der Axillargegend auf reflectorischem Wege eine absolute Anästhesie der Schulter, des Oberarms und des oberen Drittels des Unterarms eintrat, welche nach der Heilung der Wunde noch fortbestand. Vesikatore führten allmählige Heilung herbei. Der Patient war im Uebrigen ganz gesund.

E. Bardenhewer.

---

86. **Prof. Alb. Adamkiewicz** (Krakau), **Ueber den Einfluss des Senfteigreizes auf Anästhesie und normale Empfindung.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. No. 12.)

Der „bilateralen Symmetrie" in der Entwicklung und dem Bau des thierischen Organismus, müssen auch „bilaterale Functionen" entsprechen; bis jetzt sind dieselben noch wenig gekannt. A. hebt die Schweisssecretion als eine solche hervor. „Gleichgiltig, welche Art

von Reiz die Thätigkeit der Schweissdrüsen hervorruft, die Secretion beim Menschen tritt stets an zwei symmetrisch gelagerten Orten seines Körpers hervor. Wo diese Symmetrie fehlt, müssen Anomalien im Nervensystem vorliegen". Der sog. Transfert der Metalloscopie ist der Ausdruck bilateraler Function. Der Senfteig ruft bei Anästhesieen alle diejenigen Wirkungen hervor, welche man bis dahin als specifische Wirkungen der Metalle zu betrachten geneigt war. Von den centralen Anästhesieen sind die einen anatomischer, die andern molecularer (psychischer) Natur. A. prüfte die Wirkung des Senfteiges bei einem 27 jährigen Mann, der nach einem apoplectischen Insult eine vollkommene motorische und sensible Paralyse der linken Körperseite davongetragen hatte. Wurde auf diese Seite irgendwo ein Senfteig applicirt, so empfand Pat. nach 30—45 Min. Brennen an der Applicationsstelle, und die Empfindlichkeit für Nadelstiche an derselben war zurückgekehrt. Nach Entfernung des Senfteiges breitete sich die Empfindlichkeit allmählich über die ganze gelähmte Seite aus, sodass nach 24 Stunden „nicht die geringste Spur einer Sensibilitätsstörung" mehr vorhanden war. Diese Herstellung hatte aber keinen Bestand; im Verlauf von 6—8 Tagen war die frühere Anästhesie wieder da. Von den moleculären (hysterischen) Anästhesieen unterscheidet A. drei Formen: einfache sensible Hemiparese, begleitet von einer Parese sämmtlicher Sinnesorgane derselben Körperhälfte, sensible und sensorische Hemiparese, verbunden mit hysterischer Muskellähmung derselben Seite, und diffuse Sensibilitätsstörungen, deren Ausbreitung jeder anatomischen Definition spottet.

Bei einem Kranken der letzten Art, bei welchem vollständige Anästhesie der linken Körperhälfte, sowie der untern Abschnitte beider rechtsseitigen Extremitäten bestand, brachten $1/2$ — $1 1/2$ stündige Application des Senfteiges die Empfindung für Stich, Druck, Temperatur zurück. Dieselbe verbreitete sich nicht über den Ort der Application, es gelang nie, die ganze Empfindlichkeit herzustellen; die Anästhesie kehrte in wenigen Tagen wieder, aber viel später als die Röthung der Haut verschwunden war, sie war also nicht von circulatorischen Ursachen abhängig.

In einem Falle einfacher hysterischer Hemianästhesie trat nach $1 1/2$ stündiger Application des Sinapismus die volle Empfindlichkeit der gereizten Stelle ein, zugleich war die entsprechende Stelle der andern Seite anästhetisch geworden. Eine zweite verstärkte Senfreizung bewirkte dauernde Rückkehr der ganzen Sensibilität und nur vorübergehende Anästhesie der entsprechenden anderseitigen Hautstelle.

Bei hysterischer Hemianästhesie mit Hemiparese einer 30 jährigen Frau war auch die Temperatur der afficirten Seite bis 29 ° C. — gegenüber 35 ° C. der gesunden Seite — herabgesetzt. Nach $1/2$ — $3/4$-stündiger Application des Senfteiges entstand Brennen; darauf Gefühl wie beim Wiedererwachen eingeschlafener Glieder, auf der Seite des Reizes nach abwärts, auf der gesunden nach dem Kopf zu strömend; der Strom wurde allmählich rascher, Motilität und Sensibilität hob sich und nahm auf der gesunden Seite ab, allmählich nahm das Gesicht der Kranken einen ängstlichen Ausdruck an, ein Tobsuchtsanfall brach aus, der schnell beendet war, sobald der Senfteig entfernt wurde. Die

Hemiparese hatte ihre Lage total gewechselt; auch die gewaltigen Temperaturdifferenzen verhielten sich jetzt umgekehrt. Diese Wirkungen liessen sich mit derselben Präcision bei jeder Wiederholung des Sinapismus erzielen.

Versuche an Gesunden ergaben, dass mit der „Sinapiscopie" Schmerz und Tastsinn verschärft, an der entsprechenden anderseitigen Stelle vermindert werden, während der Temperatursinn diesen Antagonismus nicht zeigt, sondern sich der Schweisserregung analog verhält.

R.

---

87. **M. J. Rossbach** und **Th. Aschenbrandt, Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Schleimsekretion in den Luftwegen.** Vorläufige Mittheilung. (Monatsschr. für Ohrenheilkunde. März 1881.)

I. Ueber die Innervation der Schleimdrüsen des Kehlkopfes und der Luftwege.

1) Die Sekretion des Schleimes ist eine continuirliche. So oft man die Schleimhaut trocken zu legen versucht, sieht man unmittelbar nachher kleine Tröpfchen Schleim allenthalben hervorkommen.

2) Die sekretorischen Nerven sind nicht bekannt; faradische Reizung des n. laryngeus superior, oder inferior, oder vagus, nach Durchschneidung ergaben negative Resultate, indem keine Vermehrung der Schleimsekretion eintrat.

3) Nach Durchschneidung der Nerven blieb die Sekretion unverändert, continuirlich; bei einseitiger Durchschneidung war die Schleimhaut auf der operirten Seite stärker injicirt und secernirte stärker als die intakte. Auch wenn alle Nerven durchschnitten und ein 2—3 cm langes Stück der Luftröhre durch festes Umschnüren aus allen Verbindungen von oben und unten gelöst war, so dass es nur noch vom Oesophagus Blut bekam, blieb die Schleimsekretion unverändert.

Es werden hieraus folgende Schlüsse gezogen:

1) Die Nervencentren haben keinen Einfluss auf die Schleimsekretion in dem Kehlkopf und der Luftröhre.

2) Es besteht Zusammenhang zwischen der Stärke der Circulation und der Schleimsekretion.

3) Es müssen periphere, in der Schleimhaut selbst gelegene Nervencentren, unter deren Botmässigkeit die Schleimsekretion steht, angenommen werden, oder aber die Sekretion findet ohne nervösen Einfluss statt.

II. Ueber den Einfluss von Erkältung auf die Blutcirculation und die Schleimsekretion in der Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre und über die Beziehungen zwischen Blutkreislauf und Schleimsekretion.

Bei einer Katze wurden zuerst feucht heisse, sodann Eisumschläge auf den Bauch gemacht und es zeigte sich, dass schon nach $1/2$ Minute starker Krampf in den Gefässen der Schleimhaut eintrat; nach 1—2 Minuten folgt langsam Erschlaffung. Die Farbe wird erst wieder normal, dann rosenroth und besonders an den Trachealknorpeln bald ab-

norm stark injicirt. In 5—10 Minuten ist die ganze Schleimhaut blauroth.

Während des Krampfes ist eine Abnahme, nachher bei der Erschlaffung eine starke Zunahme der Schleimsekretion zu constatiren, so dass der immer noch wasserklare Schleim förmlich herabfliesst (Catarrhoe).

Wechselt man die Umschläge wieder, so geht die blaurothe Färbung ab, die Injektion bleibt jedoch in gewissem Grade vorhanden.

Es folgt hieraus, dass die Schwankungen in der Circulation begleitet sind von Schwankungen in der Sekretion, mithin ein inniger Zusammenhang zwischen Circulation und Sekretion besteht. Die Erkältungsveränderungen sind sehr grober, auffallender Natur und treten fast unmittelbar ein.

Walb.

88. **Dr. A. Barèty** (de Nice), **De la laryngite striduleuse ou faux croup, considérée comme un des symptomes de l'engorgement aigu des ganglions lymphatiques trachéo-bronchiques.** Pseudocroup als Symptom der acuten Anschoppung der Tracheo-Bronchial-Drüsen. (Communication faite au congrès international de laryngologie de Milan, dans la séance du 3. Sept. 1880. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Fevrier 1880.)

Verf. stellt sich die Aufgabe zu beweisen, dass die „laryngite striduleuse“ oder Pseudocroup durch eine Functionsstörung der Glottis bedingt ist. Die Veranlassung dieser Störung sei im Druck zu suchen, den die acut oder subacut angeschwollenen Tracheo-bronchial-Drüsen auf den N. recurrens ausüben. Zu diesem Zwecke führt Verf. 7 Familien an, in denen die Kinder alle von Pseudocroup befallen wurden. In der Zeit dieser Anfälle zeigten dieselben jedesmal acute Anschwellung der oben genannten Lymphdrüsen, und konnte letztere eine gewisse Zeit nach dem Anfall noch nachgewiesen werden.

Diese Kinder waren alle in mehr oder minder ausgesprochenem Grade von scrophulosem Habitus und sehr oft war Vater oder Mutter mit Lungentuberculose behaftet, oder die Tuberculose mit oder ohne Anschwellung der Tracheo-bronchial-Drüsen war bei den Geschwistern der Eltern nachzuweisen.

Verf. hat nie Gelegenheit gehabt, die Section eines an Pseudocroup gestorbenen Kindes zu machen; er beruft sich daher auf einen solchen Fall, den Guersant secirt und beschrieben hat, und bei welchem derselbe tuberculöse Degeneration der Bronchial-Drüsen gefunden hat. Die anderen Organe, mit Ausnahme der Lunge, in welcher auch einige Tuberkel nachzuweisen waren, zeigten absolut keine Veränderung.

Ferner citirt Albers (Recherches anatomo-pathologiques sur le nerf pneumogastrique, in Archives générales de médecine) einen Fall von intermittirendem Croup, wo er bei einem Kinde von 2 Jahren eine tuberculöse Vergrösserung der Lymphdrüsen des Halses und der Bronchialdrüsen und eine intime Verwachsung des rechten Vagus mit diesen Drüsen fand.

Ob wir es nun bei dieser Affection mit einem Spasmus oder mit einer Lähmung der Stimmbänder zu thun haben, weiss Verf. nicht anzugeben. Lee und Hourmann sprechen sich für die Paralyse aus; Jolivet und Krishaber für den Spasmus; Jaccoud und Axenfeld sind darüber im Zweifel.

Kohts (Strassburg).

---

89. **Dr. Weil** (Stuttgart), **Beitrag zur Lehre von der Aetiologie der Retropharyngealabscesse.** (Monatsschrift für Ohrenheilkunde. März 1881.)

Ein Mädchen von 9 Jahren erkrankt an starker Athemnoth, nachdem schon längere Zeit Otorrhoe vorhanden. Untersuchung ergiebt: Dyspnoetisches Athmen, kein Fieber, Paukenhöhleneiterung. Bei der Digitaluntersuchung des Rachens wird eine prall gespannte Geschwulst gefunden, welche als Retropharyngealabscess angesprochen und geöffnet wird. Nach Entleerung des Eiters tritt sofort ein Verschwinden der Dyspnoe ein, die Geschwulst ist collabirt. Die Athembeschwerden treten am nächsten Tage, jedoch nicht so heftig, wieder auf und sind auf erneuerte Eiteransammlung zurückzuführen, dessen Entleerung wieder Erleichterung schafft. Inzwischen wurde die Ohreiterung mit Borsäure behandelt. Die nach einigen Tagen wieder auftretende Athemnoth konnte durch Entleerung des Abscesses nicht beseitigt werden, dauerte trotz Verschwundenseins der Geschwulst fort. Das Kind starb an sekundärem Glottisoedem, welches auch bei der Sektion gefunden wurde. Als einzige Ursache des Retropharyngealabscesses konnte nur eine mit der eitrigen Mittelohrentzündung im Zusammenhang stehende Drüsenvereiterung angenommen werden.

Interessant war noch, dass beide Paukenhöhlen voll Eiter gefunden wurden, trotzdem die Otorrhoe auf Anwendung der Borsäure sistirt hatte. Es war keine Luftdouche gleichzeitig in Anwendung gekommen.

Auf den Zusammenhang zwischen Ohrerkrankung und Retropharyngealabscess haben bereits hingewiesen Bokai (nur vom Gehörgang aus), Kohts (vom mittleren Gehörgange aus), Kormann, welcher sich dahin ausspricht, dass die idiopathischen Retropharyngealabscesse, welche aus Lymphadenitis retropharyngealis entstehen, häufig Mittelohrentzündungen begleiten.

Walb.

---

90. **M. Krishaber, Sonde oesophagienne laissée à demeure pendant trois cent cinq jours, utilité de ce procédé.** Eine Sonde dreihundert fünf Tage lang im Oesophagus; Nützlichkeit dieses Verfahrens. (La Gazette des hôpitaux, 1881, No. 27.)

Um den Unannehmlichkeiten und Gefahren, mit welchen, insbesondere bei Oesophagus-Tumoren, die gebräuchliche Katheterisirung des

Oesophagus verbunden ist, zu entgehen, führte K. bei einer 52-jährigen Frau, welche an Carcinom des Anfangstheils des Oesophagus litt, eine Sonde durch eine Nasenhöhle in den Magen, befestigte dieselbe durch eine an dem freien Ende quer durchgesteckte Nadel, von welcher eine Binde um die Stirn ging, und liess sie in dieser Lage 305 Tage lang, bis zum Tode der Kranken. Die Ernährung geschah durch die Sonde ohne Schwierigkeit. War die Quantität der eingeführten Speisen zu gross, so wurde ein Theil durch die Sonde ausgeworfen. Ein in den ersten Tagen auftretender Katarrh der Nasenschleimhaut verlor sich bald wieder. Als die Sonde nach dem Tode der Kranken weggenommen wurde, soll sie (nach Aussage der Wärterin) ihr normales Aussehen gehabt haben, auch an dem Ende, welches im Magen gelegen hatte.

In dem vorliegenden Falle handelte es sich nur um die Ernährung der Kranken, da die Natur des Uebels die Heilung ausschloss. Doch beweist derselbe, dass eine Sonde ohne Gefahr und ohne grosse Beschwerden so zu sagen beliebig lange im Oesophagus verweilen kann. Bei Stenosen durch Narben oder durch Krampf der Muskulatur wird man die Sonde, welche in K.'s Falle schon nach einigen Tagen sich frei verschieben liess, nach längeren Intervallen jedesmal durch eine stärkere ersetzen. Durch das Verweilen der Sonde wird die Entstehung von falschen Wegen und der Krampf der Muskulatur, welche die einfache Katheterisirung häufig begleiten, vermieden werden, und eine vollständige Heilung sich leichter erzielen lassen, da für genügende Ernährung gesorgt ist.

E. Bardenhewer.

---

91. **Netschajeff, Ueber die Magensaftsecretion herabsetzende Mittel.** (Klinische Wochenschrift Esjenedelnaja klinitscheskaja gaseta 1881. No. 5.)

1. Die subcutane Injection einer 1 % Atropinlösung (0,5—1 cc) vermindert die Magensaftabsonderung und unterdrückt sie zuweilen sogar vollständig; diese Erscheinung trat gewöhnlich gleichzeitig mit der Pupillenerweiterung ein und hielt bis 2 Stunden lang an.

2. Electrische Reizung (Inductionsstrom) des centralen Endes der sensiblen Nerven (nn. vagus, ischiadicus, cruralis) hat ebenfalls die Herabsetzung der Magensecretion zur Folge: statt 1—5 cc durchschnittlich in 2 Minuten nur einige Zehntel cc.

3. Eine subcutane Morphiuminjection und in die Venen injicirte Chloralhydratlösung sind von geringer Wirkung, und auch diese Wirkung könnte vielleicht nur von der herabgesetzten Contractilität des Magens bei narkotisirten Thieren abgeleitet werden, denn einer mechanischen Reizung der Schleimhaut folgt eine merkliche Steigerung des Magensaftergusses aus der Fistel. N. erklärt diese Erscheinung dadurch, dass die secretorische Thätigkeit der Magendrüsen fortdauere,

der Saft aber wegen der Paralyse der Magenwand aus den Falten der Schleimhaut nicht ausgedrängt werden könne. — Mittelgrosse Morphiumdosen rufen zuweilen eine gesteigerte Contraction des Magens und eine Steigerung der Magensaftsecretion hervor.

N. experimentirte an Hunden mit und ohne Fistel.

Krusenstern (Petersburg).

---

92. **Dr. phil. et med. M. Traube** (Breslau), **Ueber den Milchzucker als Medicament.** (Deutsche klin. Wochenschr. 1881. Nr. 9.)

Tr. berichtet, dass bei ihm, der an habitueller Verstopfung leidet, 9—15 gr sehr fein gestossenen Milchzuckers gelöst in $^1/_4$ Liter abgerahmter, abgekochter und noch warmer Milch, wenn sie 1—$1^1/_2$ Stunden vor dem Frühstück genommen wird, etwa 2—3 Stunden nach der Einführung 1—2 Mal ergiebigen, dünnbreiigen, braun gefärbten Stuhl erzeugt. Andere Leidensgefährten schienen mehr zu gebrauchen. Tr. nahm bis 24 gr Milchzucker ohne weitere Beschwerden als zu stark abführende Wirkung. Er glaubt, dass die lebhaftere Peristaltik der Säuglinge vom Milchzucker herrührt. In den Faeces fand Tr. weder eine lebhaft saure, noch die Reaktion auf Zucker; der Milchzucker scheine daher ins Blut zu gehen, und somit als Laxans gerade bei Obstruction mit mangelhafter Ernährung angezeigt zu sein.

R.

---

93. **Kormann** (Dresden), **Therapeutische Mittheilungen aus der Kinderpraxis.** (Veröffentlichungen der Gesellschaft für Heilkunde in Berlin.)

1. Anwendung des Apomorphinum hydrochloricum chrystallisatum purissimum als Expectorans.

Verf. hat 55 Fälle von Bronchialkatarrh, 2 Fälle von katarrhalischer Pneumonie und einen schweren Pseudocroup damit behandelt; es ist das beste der bekannten Expectorantien. Nach 3—4 maliger Verabreichung der Medikamente trat Besserung ein; statt der früheren trockenen Auscultationsgeräusche wurden feuchte hörbar; das Secret wurde aus dem Larynx ausgeführt, verschluckt, und per anum entleert; in 2 Fällen von katarrhalischer Pneumonie trat nach Apomorphingebrauch schnelle Lösung der Infiltration ein. In einem Fall von Pseudocroup mit exquisiter Larynxstenose trat am 2. Tage nach dem Apomorphingebrauch Heilung ein.

Die Dosierung besteht für das 1. Lebensjahr in 1 mgr, für jedes weitere Lebensjahr bis zum 11. um $^1/_2$ mgr mehr, sodass ein 11jähriges Kind 6 mgr bekömmt; von da gebraucht man für jedes weitere Lebensjahr eine Steigerung um je ein Milligramm, sodass im 15. Lebensjahr ein Centigramm pro dosi gegeben werden kann.

2. Einreibungen von sapo viridis gegen Scrophulose, besonders indurirte Lymphdrüsen scrophulöser Kinder.

Verf. hat 4 Fälle von scrophulösen Lymphdrüsen mit Einreibung von grüner Seife behandelt und schnell Abschwellung erzielt; auch die anderen scrophulösen Symptome, wie Ozaena, Eczeme und Augenleiden gingen bei dieser Behandlung zurück; in einem Falle sah Verf. sogar eine Spitzeninfiltration bei einem scrophulösen 8jährigen unter dem Gebrauche einer Seifenschmierkur in 14 Tagen vollständig zurückgehen.

Die Kur besteht darin, dass in die Hautstellen, unter welchen die geschwellten Lymphdrüsen sich befinden, Abends ein Theelöffel voll eingerieben wird; am Morgen wäscht man die Seife wieder ab, und reibt Abends wieder ein; wenn die Haut zu schmerzen anfängt, wird eine andere Stelle eingeschmiert.

Kohts (Strassburg).

---

94. **Dr. Hampeln** (Riga), **Ueber ein Arznei-Exanthem.** (St. Petersburger medic. Wochenschr. 1881. Nr. 3.)

Ein Knabe von 8 Jahren, welcher an einer „ungefährlichen Mykose der Tonsillarschleimhaut" erkrankt war, nahm im Laufe des Tages und der folgenden Nacht (in ca. 20 Stunden) 5,0 Natron benzoicum. Am andern Morgen bedeckte eine diffuse Röthe den Hals, den Rumpf und die Oberarme; die Grenzen des Exanthems waren deutlich markirt; längs seines Randes auf den Oberarmen waren zahlreiche rothe, kleine, flache Knötchen zu sehen, eben solche auf den Handrücken; der Ausschlag verursachte Jucken. Am Abend war derselbe noch etwas weiter auf die Hinterbacken gekrochen. Unterdessen hatte der Rachenkatarrh sich gesteigert; mässiges Fieber; Allgemeinbefinden sehr gut. Am Morgen des folgenden Tages war von dem Exanthem nichts mehr zu sehen.

„In Anbetracht des ungestörten Allgemeinbefindens des Kranken, seines Contrastes mit der In- und Extensität des Exanthems, mangelnder anderer Lokalsymptome des Scharlachs, in Anbetracht ferner des Exanthems, welches wegen seiner Gleichmässigkeit sich von der meist feingefleckten Scharlachröthe unterschied, endlich des Umstandes, dass der Knabe vor 5 Jahren den Scharlach durchgemacht hatte, zögerte ich nicht, ein Arznei-Exanthem zu diagnosticiren."

„Um einen entscheidenderen experimentellen Beweisgrund zu gewinnen, verabfolgte ich dem Kranken, mit Einwilligung der Eltern, am Tage nachdem das Exanthem geschwunden war, nochmals das Benzoat zu 0,3 stündlich. Schon am Abend stellte sich das Exanthem wieder ein, diesmal nicht diffus, sondern in mehreren handgrossen Flecken. Das Mittel wurde am Abend ausgesetzt, und war am andern Morgen vom Exanthem nichts mehr zu sehen."

E. Bardenhewer.

---

95. **Sigrist** und **Limberg, Ueber die Wirksamkeit der Faradisation gegen Ascites.** (Wojenno-medicinsky Journal 1879. No. 6.)

Auf Prof. Manasseins Vorschlag haben S. und L. bei einem 41jährigen Patienten, der an Lebercirrhose litt, die zuerst von Dr. Glas angegebene Wirksamkeit des faradischen Stromes auf die Resorption der Ascitesflüssigkeit geprüft. Die Faradisation wurde täglich vorgenommen; während Glas jeden Muskel 50—100 mal sich contrahiren liess, konnten S. und L. es nicht über 15 mal bringen, da der Pat. schon dann über Schmerzen klagte.

Die Resultate sind aus folgender Zusammenstellung ersichtlich: Vor Beginn der Behandlung: Herzdilatation, Milzanschwellung, Oedem der Füsse, in den comprimirten Lungenspitzen lautes Exspirium und leichte Dämpfung; die Lebergrösse in Folge der Tympanites nicht bestimmbar. Erheblicher Ascites.

Körpergewicht 59600 gr. Leibesumfang 88 cm; die Entfernung des proc. ensiformis von der Symphysis pubis betrug $30^1/_2$ cm. Respirationsgrösse 1900 cc.

Nach der Behandlung binnen 10 Tagen: Herz, Leber, Milz normal. In Lungenspitzen kein Exspirium. Kein Oedem der Füsse, keine Spur von Ascitesflüssigkeit. Spuren von Eiweiss im Urin, was wohl auf die gesteigerte Function der Nieren zurückzuführen wäre.

Körpergewicht 54450 gr. Leibesumfang 78 cm; die Entfernung des proc. ensif. von der Symph. 25 cm; Respirationsgrösse 2300 cc.

Krusenstern (Petersburg).

---

96. **Dr. Koretzky, Die Anwendung des faradischen Stromes gegen Darmleiden.** (Wratsch 1880. No. 43.)

In einem Falle von schwerem chronischen Dickdarmkatarrh, in dessen Verlauf Geschwüre und Atonie eingetreten waren, wandte K., nachdem Pat. vergeblich alle erdenkbaren Curen in 5 Jahren durchgemacht, den faradischen Strom an. — Vor Beginn dieser Behandlung hatte Pat. fortwährende spasmodische Schmerzen im Unterleibe, litt an beständiger Obstruction oder Durchfällen mit starken Tenesmen und mit bluntuntermischten Stühlen; durch Abführmittel entleerte Fäces in Form kleiner dunkelbrauner Kugeln, wiesen auf das Colon, als den Sitz der Erkrankung, hin. — Die eine Electrode wurde ins Rectum eingeführt, die andere wurde an dem Colon entsprechenden Stellen der Bauchdecken angesetzt. Schon nach 15 Sitzungen sah K. einen eclatanten Erfolg von der Behandlung: Patient erholte sich sichtbar, der Stuhlgang wurde normal, die Stimmung gut.

Krusenstern (Petersburg).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. 27. April. Nro. 7.

97. **W. Salomon, Bericht über die Berliner Flecktyphusepidemie im Jahre 1879.** (Deutsch. Arch f. klin. Med. Bd. XXVII. 5 u. 6, pag. 456.)

Verf. hatte als Assistenzarzt im städtischen Barackenlazareth in Berlin zur Zeit der Epidemie Gelegenheit, den weitaus grössten Theil sämmtlicher an Flecktyphus erkrankten Personen in seine Behandlung zu bekommen und zu beobachten.

Das Barackensystem hat sich auch bei dieser Epidemie als sehr zweckentsprechend bewährt; die Kranken und das Wartepersonal waren strengstens isolirt, aller Verkehr nach Aussen wurde durch besondere Hausdiener vermittelt. Die Desinfection der bei den Kranken gebrauchten Wäsche- und Kleidungsstücke durch trockene Hitze, und die energische Lüftung der Baracken auch während der Winterskälte hatten die besten Erfolge. Sobald es die Witterung gestattete, brachte man die Patienten in ihren Betten direct in's Freie, wo sie den ganzen Tag campirten. Ferner wurde eine Quarantäne eingerichtet, in der Weise, dass die in grosser Menge aufgenommenen Flecktyphus verdächtigen Individuen ebenfalls isolirt und mindestens 14 Tage unter Aufsicht gehalten wurden. Die Gesammtzahl der aus Asylen, Pennen, Ge-

fängnissen, Krankenhäusern und Privatwohnungen, dem Lazareth überwiesenen Flecktyphuskranken und Verdächtigen nebst den im Haus inficirten betrug 813, von denen 440 als wirklich flecktyphuskrank erkannt und isolirt wurden. Als Brutstätten der Epidemie zeigten sich auch diesmal wieder, wie in früheren Jahren, die Berliner Asyle und Herbergen, sogenannte Pennen, und im Anschlusse hieran das Gefängniss für männliche Haftaten. Eine beträchtliche Zahl von Infectionen fand auch in den Berliner Krankenhäusern statt. Die besser situirte Klasse der Bevölkerung blieb durchaus unberührt. — Schon im September 1878 waren sporadische Fälle von Flecktyphus in der Charité beobachtet worden und wahrscheinlich steht die 1879er Epidemie mit der kleinen Epidemie von 1878 in unmittelbarem Zusammenhang. Sie begann Anfang Januar mit einigen sporadischen Fällen, und erreichte ihre Acme Anfangs März, um dann im Laufe von 4 Monaten allmählig zu erlöschen. — Die directe Infection des gesunden durch den kranken Menschen ist für Flecktyphus nachgewiesen. In einem Falle wurde auch ein bei den Reconvalescenten angestellter Wärter inficirt. Die Sectionen hält S. für relativ ungefährlich. Die beigegebene tabellarische Uebersicht über die gesammte Krankenbewegung bestätigt die unverhältnissmässig geringe Anzahl erkrankter Frauen. Die Mortalität (nach Griesinger 15,0—20,0 %), war eine sehr hohe, besonders gegen das Ende der Epidemie, und betrug nach den Ziffern der königlichen Sanitätscommission 22,80 %. Bemerkenswerth ist die relativ geringe Gefährlichkeit der Krankheit für jugendliche Individuen. Die rapide Steigerung der Mortalität bei der Altersstufe über 30 Jahren führt S. auf den abusus spirituos. zurück, für welchen intra vitam und post mortem genug Indicien vorhanden waren. Eine gewisse Immunität einzelner Gewerbsklassen konnte S. nicht beobachten. Bezüglich der Dauer der Incubation wurden die früheren Erfahrungen bestätigt, dass dieselbe von wenigen Tagen bis fast zu 3 Wochen vorkomme. Wenn auch die Incubationszeit nicht ganz frei war von krankhaften Empfindungen, so war doch die Invasion der Krankheit im Ganzen und Grossen eine plötzliche. Das Exanthem war sehr variabel; die rein roseolöse Form war nur bei Personen mit zarter und weisser Haut zu sehen und auch dann nicht so distinct und von hellerer Färbung, als beim Abdominaltyphus, nicht selten mit leichter Papelbildung; sehr häufig war das Exanthem undeutlich, verwaschen und schmutzig, so dass man erst auf einige Schritt Entfernung das Fleckige der Haut erkannte. Stets waren die Extremitäten befallen mit besonderer Bevorzugung der Beugeseiten der Vorderarme; später wurden auch Hand- und Fussrücken befallen. Am schwächsten waren die Oberschenkel am Exanthem betheiligt. 12 mal wurde es im Gesicht beobachtet, ohne dass der Verlauf oder die Schwere des Falles dadurch beeinträchtigt worden wäre. Die Zahl der Efflorescenzen überstieg die gewöhnliche des Abdominaltyphus stets beträchtlich. Ein prodromales Exanthem oder Nachschübe wurden nicht beobachtet. Das Exanthem trat für gewöhnlich am 4.—5. Tage der Erkrankung auf; häufig gelang es erst nach Anwendung von Bädern, es vorübergehend deutlich hervortreten zu machen; die Persistenz desselben war verschieden, meist jedoch hielt es sich bis zum Ende der

Fieberbewegungen. Die sogenannte pectechiale Umwandlung des Exanthems erfolgte meist nur bei schwereren Fällen, dann waren die Flecke abgeblasst bis in die Reconvalescenz hinein sichtbar. Wahre Petecchien kamen nur selten zur Beobachtung. Das dem Flecktyphus zukommende Petechialexanthem bestand in dunklen lividen Flecken mit verwaschener Umrandung, linsen- bis fast erbsengross, auf Druck stets etwas erblassend, aber nicht völlig verschwindend; vielmehr blieb im Centrum stets eine kleine unregelmässig abgegrenzte Stelle mehr weniger dunkel blauroth gefärbt zurück. Diese Umwandlung trat nie vor Ende der ersten Krankheitswoche auf. An den Leichen war von dem primitiven Exanthem gar nichts, von dem umgewandelten auch nur äusserst wenig zu sehen, hin und wieder einige gelbliche Flecke. Ueberaus häufig war kleienförmige Abschuppung der Epidermis, in einem einzigen Falle trat flächenhafte Desquamation wie bei Scarlatina auf. Herpes facialis wurde von S. in 5,4% seiner Fälle gesehen. Miliaria kam 14 mal meist 1—2 Tage vor dem Nachlass des Fiebers zur Beobachtung. In 6 schweren Fällen trat Icterus auf; 4 Sectionen ergaben die normale Durchgängigkeit der Gallenwege. Mehrmals während der Epidemie wurde constatirt, dass Recurrenzanfälle in der Incubationszeit des Flecktyphus vorkommen können. Das Invasionsstadium der Krankheit beginnt mit ausgesprochenem, öfters auch wiederholtem Schüttelfrost und hohen Temperaturen. Für die erste Woche besteht eine Febris continua mit sehr geringen Remissionen und einer durchschnittlichen Temperatur von 40,0°. Eine typische Remission am 7. Tage konnte nur selten beobachtet werden, dagegen geräth meist im Anfange der 2. Woche die bis da stabile Temperaturcurve in unregelmässige Schwankungen und fällt binnen 2—3 Tagen allmählig zur Norm ab. In der 1. Krankheitswoche zeigten sich Antipyretica ganz unwirksam. Mit dem Eintritt jener Temperaturschwankungen treten gewöhnlich ausgesprochene Delirien auf; eine wirkliche Krise mit plötzlichem Nachlass aller Erscheinungen konnte nie verzeichnet werden. Die Dauer des Fiebers schwankte zwischen 7 und 20 Tagen, und betrug im Mittel 13—14 Tage. Der Tod erfolgte bei sehr verschiedenen, theils sehr hohen, theils enorm niedrigen Temperaturen. Die Pulsfrequenz hielt sich in der ersten Woche zwischen 100 und 120 Schlägen, steigerte sich mit Eintritt der Delirien, um mit der definitiven Reconvalescenz einem Sinken zur Norm, wohl auch unter die Norm Platz zu machen; Dicrotie bestand selten und dann meist zur Zeit des Temperaturabfalls, als lytisches Symptom. Starke Bronchialkatarrhe, hypostatische und feste fibrinöse Pneumonieen, floride Phthise, wahrer Croup des Larynx der Trachea und der Bronchien, ferner Perichondritis laryngea mit consecutivem Glottisödem und Lungengangrän bildeten die von Seiten des Respirationstractus vorkommenden Complicationen und Nachkrankheiten. Die Zunge war stets lederartig trocken und borkig, die Pharynxgebilde geröthet, 2 mal traten Blutungen aus dem Zahnfleisch, 2 mal diphtheritische Rachenaffectionen auf. Parotitis war sehr selten. Die im Anfang der Erkrankung bestehende Verstopfung machte im Beginn der 2. Woche meist Durchfällen Platz, die aber nie so profus waren wie bei Ileotyphus. Blutige Stühle kommen dem Flecktyphus nicht zu; Meteorismus und Schmerzhaftigkeit des Leibes

sind selten. Der palpatorische Nachweis einer Milzvergrösserung gelang bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten ohne Schmerz zu erregen. Häufig ging nach S. der Milztumor früh zurück, so dass er schon in der 2. Woche das Organ nicht mehr palpabel fand. Lymphdrüsenanschwellungen wurden nicht beobachtet. Febrile Albuminurie wurde nie vermisst, Harnretention war selten. Die Sinnesorgane liessen folgende Veränderungen erkennen: Katarrh der Conjunctiva, besonders des Bulbus, Schmerzen und Thränen der Augen und ungewöhnliche Enge der Pupillen in der 2. Krankheitswoche. Nasenbluten, nie profus, trat in 5% der Fälle auf. Die Complicationen von Seiten des Gehörorgans waren sehr häufig; meist Erkrankungen des Mittelohrs; der Verlauf und Ausgang dieser Complicationen war auffallend günstig.

Die Symptome von Seiten des Nervensystems waren im Grossen und Ganzen den früheren Erfahrungen entsprechend. Hochgradige Prostration, heftiger Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Abgeschlagenheit, Schmerzen in den Kniekehlen, Hyperästhesie der Fusssohlen und meist absolute Schlaflosigkeit. Die Klagen über Kopfschmerzen verloren sich beim Einsetzen der Delirien im Beginn der 2. Woche; diese Delirien hatten sehr oft ein entschieden alkoholisches Gepräge. In der Reconvalescenz stellten sich die geistigen Functionen auffallend schnell und prompt wieder her. 3 mal traten während der Reconvalescenz psychische Störungen auf, Neuralgieen der verschiedensten Art waren häufig, motorische Störungen selten. Decubitus wurde 17 mal verzeichnet und erreichte meist eine ganz ausserordentliche Ausdehnung. Seltener waren Furunkel, circumscripte Gangrän und Phlegmone.

Die Erholung in der Reconvalescenz war, abgesehen von den Complicationen und Nachkrankheiten, überraschend schnell und vollständig, der Appetit war sofort äusserst rege, und es konnte nach wenigen Tagen zu einer kräftigen Ernährung geschritten werden. Hydrämische Zustände von kurzer Dauer kamen in einigen wenigen Fällen vor. Rückfälle wurden nie beobachtet. Die Mehrzahl der Patienten konnte 3—4 Wochen nach der Entfieberung das Spital verlassen. Als Todesursache steht die Herzschwäche in erster Reihe, demnächst Pneumonieen, Lungengangrän und Croup. Die Leichenbefunde entsprachen den früheren Erfahrungen durchaus. Die Diagnose des Flecktyphus ist nach S. häufig sehr leicht, häufig jedoch auch sehr schwierig. Besonders schwer kann in den ersten Tagen die Unterscheidung von Ileotyphus werden. Als erster und wichtigster Anhaltspunkt zur Diagnose des Flecktyphus wird natürlich immer der Nachweis einer Beziehung zu einem bekannt gewordenen Infectionsherde gelten. Für die differential-diagnostische Unterscheidung zwischen Flecktyphus und Ileotyphus gibt S. folgende Anhaltspunkte: Das plötzliche Einsetzen des Flecktyphus ohne erhebliche Prodome mit deutlich ausgeprägtem oder wiederholtem Schüttelfrost unter schnellem Ansteigen der Temperatur; die sogleich sich einstellenden schweren Allgemeinerscheinungen, der intensive Kopfschmerz, die schwere Benommenheit und Schlaflosigkeit, ferner die stets vorhandenen Klagen über Schmerzen und Thränen der Augen, Gliederreissen, Schmerzen in den Kniekehlen und Stuhlverstopfung. Die sehr hohe Temperatur be-

wegt sich selten unter 40° und bleibt continuirlich auf dieser Höhe. Ferner sind zu beachten die enorme Prostration, die Injection der Conjunctiva bulbi und ein eigenthümlich niedergeschlagener Gesichtsausdruck; in späteren Stadien die Heftigkeit und Gewaltsamkeit der Delirien und das allmählige Absinken der Temperatur in 2—3 Tagen. Das Exanthem ist mehr verwaschen und undeutlicher, die einzelnen Efflorescenzen in grösserer Zahl und über Rumpf und Extremitäten ausgebreitet; zuweilen tritt auch ein Exanthem am Vorderarm auf. Das Petecchialexanthem gewährt für die Diagnose die grösste Sicherheit. Auch ist noch die relative Betheiligung des Verdauungssystems von Werth, während aus dem Verhalten der Milz nichts zu schliessen ist. Der Bronchialkatarrh erscheint von diagnostischem Werth, wenn er früh aufgetreten und mit Expectoration sanguinolenter Sputa verbunden ist; zuweilen besteht auch Herpes. In späteren Stadien der Erkrankung, wenn der Pat. nicht mehr im Stande ist, anamnestische Angaben zu machen, wird es oft völlig unmöglich sein, eine sichere Diagnose zu stellen, da das Krankheitsbild sich oft wenig oder gar nicht von einer ganzen Reihe anderer Krankheitsprozesse unterscheidet. Den specifischen Flecktyphusgeruch, welchen Griesinger als modrig bezeichnet, glaubte S. in der That zuweilen wahrzunehmen, konnte ihn jedoch nicht als sicheres Kriterium verwerthen.

Therapeutisch erwiesen sich die Antipyretica als völlig erfolglos. In der 2. Woche war die Therapie wesentlich eine excitirende. Gegen die Schlaflosigkeit und die heftigen Delirien wurden grössere und kleinere Gaben Morphium mit Erfolg angewendet. Die Diät bestand während des Fiebers hauptsächlich aus Milch und Milchsuppen; häufig machte die Ernährung grosse Schwierigkeiten.

Kopp (München).

---

98. **F. Hermann, Der Skorbut im Jahre 1880; nach Beobachtungen aus dem Obuchow-Hospital.** (St. Petersb. med. Wochenschr. 1881, No. 3 und 4.)

In den letzten 18 Jahren sind in obigem Hospital 2680 Skorbutkranke verpflegt worden, darunter 4,14 % weibliche und 95,85 % männliche. Die Aufnahmen vertheilen sich in folgender Weise auf die einzelnen Monate:

	Krankenzahl:	Procentsatz:
Januar	82	3,06
Februar	136	5,07
März	250	9,32
April	346	12,91
Mai	586	21,86
Juni	551	20,55
Juli	394	14,70
August	141	5,26
September	53	1,97
Oktober	41	1,52
November	40	1,49
Dezember	60	2,23

Da es sich beim Skorbut um eine chronisch-konstitutionelle Blutdissolution handelt, müssen wir die Krankheitsursachen nicht in der Zeit der höchsten Krankheitsfrequenz, sondern in den vorangegangenen Monaten, im Winter und Herbst, suchen.

Auf das Jahr 1880 kamen 240 Kranke, davon 235 Männer und 5 Weiber. Die Krankheit betrifft meistens das Jünglings- und Mannesalter. Die Befallenen sind zum grossen Theil kräftige Leute, welche schwere Arbeit verrichteten. Weniger häufig trat der Skorbut sekundär, nach erschöpfenden Krankheiten auf: nach Rekurrens 14 Mal, nach Katarrhen der Digestionsorgane 10 Mal, nach Flecktyphus 8 Mal, nach alten Geschwüren 4 Mal, nach Abdominaltyphus 3 Mal, nach akutem Rheuma, Kontusionen und Knochennekrose 2 Mal, nach Pneumonie, Herzleiden, Apoplexie, Paralyse, Intermittens, Syphilis, Fraktur, Phlegmone, Gangrän und Erysipelas je 1 Mal. Der Alkoholgebrauch und Missbrauch scheint den Skorbut eher zu hemmen als zu fördern.

Eine stark ausgeprägte Stomacace fand sich in 24%, mittelmässig in 40%, schwach in 35%. Nur in 16 Fällen (von 240) war die Stomacace das einzige Symptom. Die stärkere Schwellung, Lockerung, Missfarbe und Blutung des Zahnfleisches findet sich häufiger bei primärem Skorbut, während bei sekundärem das Zahnfleisch und die Gaumen mehr anämisch und atrophisch erschienen.

Lösung und Trennung der Rippenknorpel fanden sich 7 Mal; hämorrhagische Ergüsse in das subkutane und intermuskuläre Bindegewebe waren in fast allen Fällen vorhanden. Grössere Exsudate in das Kniegelenk kamen 3 Mal zur Beobachtung. Zu Kontrakturen und Pseudoanchylosen kam es 22 Mal. Einzelheiten über andere Symptome und Komplikationen sind im Original nachzusehen.

Die Mortalität betrug 15,80%.

Die Behandlung des Leidens, welches alle den Stoffwechsel beeinträchtigende Momente hervorrufen können, war wesentlich eine hygieinische und diätetische. „Beinahe als Specifica betrachte ich Citronen, Wein und besonders Branntwein". Gegen die Mundaffektion scheint es vortheilhaft, mit schleimig-aromatischen Mundwässern zu beginnen und später erst zu den rein adstringirenden überzugehen. Gegen die Rippenlösungen wurden fingerbreite Vesikatorstreifen wiederholt auf die getrennten Rippenfragmente gelegt, die Ekchymosen und Infiltrationen mit Fomentationen und Massage, die Kontrakturen durch anhaltende Streckung mittelst Gewichten behandelt.

E. Bardenhewer.

---

99. **Dr. Ripping** (Direktor der Prov.-Irrenanstalt zu Düren), **Ueber die Beziehungen der Syphilis zu den Geisteskrankheiten mit und ohne Lähmungen.** Vortrag im ärztlichen Verein des Reg.-Bez. Aachen. (Allgemeine Zeitschr. für Psychiatrie Bd. 37, Heft 6.)

R. erkennt eine sogen. luëtische Psychose als zu recht bestehend nicht an. In Düren litten unter 690 aufgenommenen Geisteskranken 22, also 3,2% früher oder zur Zeit an Syphilis, in Hildesheim unter

3017 Kranken 30, also 1 %, in Endenich von 273 27, also 9,8 %, als wirkliches ätiologisches Moment erkennt Oebeke neben Syphilis nur bei 14, also 5,1 % an, während bei den 13 Uebrigen ein ätiologischer Zusammenhang wenigsteus nicht nachweisbar war. Eine specifische Endarteriitis (Heubner) konnte R. weder in früheren noch in 4 neuen in Düren untersuchten Fällen konstatiren. Anders gestaltet sich dieses Verhältniss für die allgemeine fortschreitende Paralyse. In Düren litten von 22 früher Syphilitischen 9, also fast 41 % an Paralyse. Von den 75 aufgenommenen Paralytikern waren dagegen früher syphilitisch gewesen 12 %. Mendel fand unter 201 Paralytikern 117 mal frühere Syphilis d. i. 58 %. Unter 14 Erkrankungen, für welche vorangegangene Syphilis ätiologisch zu verwerthen war, fand Oebeke 6 d. i. 42,8 % Paralytiker, unter 24 zur Behandlung gekommenen Paralytikern demnach in 25 % ätiologische Syphilis. Der Angabe Snells, dass 75 % von dementia praralytica der Syphilis zur Last fallen, stimmt R. nicht zu, ebensowenig der Behauptung Fourniers, dass die syphilitischen Paralysen nur Pseudoparalysen seien, da im Verlaufe, wie bei der mikroskopischen Untersuchung der Gehirne post mortem keine wesentlichen Unterschiede aufzufinden seien. Die sogen. tabische Form der Paralyse zeigt nach Syphilis keine besondere Häufigkeit. Die Syphilis ist nur sehr selten, wenn überhaupt direkte Ursache der Geistesstörung, weit häufiger Excesse in Baccho et Venere, unregelmässiges, an Gemüthsbewegungen reiches Leben, schlechte Ernährung und Entziehungskuren bei der Behandlung der Syphilis selbst. R. empfiehlt als Behandlung laue Bäder, intensiv roborirende Diät im weitesten Umfange, Jodkali und bei beruntergekommenen Kranken Jodeisen. Inunktionskuren wandte R. nicht an, weil dieselben fast in allen Fällen ein- oder mehrmals bereits gebraucht worden waren, ohne dass die Syphilis geschwunden oder die Geistesstörung ausgeblieben wäre.

Oebeke (Endenich).

---

100. **Dr. Moeli** (Berlin), **Ueber die Häufigkeit der Geistesstörungen bei Tabetikern.** (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd 37, Heft 5, 1881.)

Nach M. fehlen bisher bestimmte Angaben über das gleichzeitige Vorkommen obiger Störungen, da leichtere psychische Alterationen bei Tabeskranken in spätern Stadien, wo sie wegen ihrer Bettlägerigkeit nicht häufig unzweckmässige Handlungen begehen können, leicht übersehen werden, und in Hospitälern, wo der grösste Theil derselben verpflegt wird, ihrem psychischen Verhalten keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. M. fand in der Nervenklinik der Charité zu Berlin unter 89 Tabetikern 17 mit Geistesstörung. 10 derselben boten das Bild der allgemeinen Paralyse oder einfacher dementia, 4 hatten Verfolgungsideen und theilweise lebhafte Hallucinationen, bei 3 war eine hypochondrische Grundlage und bei einem von diesen Wahnideen vorhanden, basirend auf Parästhesien und Schmerzen. Es zeigen hier-

nach nicht alle Tabeskranken eine gewisse Dementia (Simons) und rein zufällig kann die verhältnissmässig grosse Zahl der geistigen Störungen auch nicht wohl sein, sie beträgt nämlich 19 %. Von Störungen in den Gehirnnerven zeigte sich Sehnervenatrophie bei der Gesammtzahl der Tabetiker in 13,5 % (Erb 12,3 %, Gowers 15 %), bei den nicht geisteskranken nur in 8,3%, bei den zugleich geisteskranken in 35 %. Lähmung motorischer Augennerven fand sich für die gleichen Kategorien in 22 %, 15 %, resp. 47 %. Geistesstörung bestand also vorwiegend bei den Tabetikern, bei denen zugleich Störungen in den Hirnnerven vorhanden waren.

Oebeke (Endenich).

---

101. **F. Flint, A Case of Cysticercus Cellulosae in the Ventricles of the Brain; Sudden Death.** Ein Fall von Cysticercus Cellulosae in den Gehirnventrikeln; plötzlicher Tod. (Lancet 9. April 1881.)

Ein 17jähriger Zögling einer Schule in Scarborough hatte unter Tags an anstrengenden Körperübungen activen Antheil genommen, bekam darauf in der Nacht Erbrechen, klagte am folgenden Morgen über heftige Schmerzen im Hinterkopf, verfiel in Convulsionen, Coma und starb früh um 10 Uhr. Nachfragen ergaben, dass einige Zeit vorher allerdings Reizbarkeit, leichte Ermüdung bei geistiger und körperlicher Arbeit, ab und zu auch Kopfschmerz bestanden hatte, ärztlicher Rath war aber deswegen nicht eingeholt worden.

Die Autopsie ergab einen Blasenwurm in dem mit Flüssigkeit ausgedehnten linken Seitenventrikel. Dr. Cobbold, welchem der Parasit zur Untersuchung gesandt wurde, beschreibt denselben (Lancet 12. März) in unversehrtem Zustand als von Kirschengrösse, aufgerollt und auf ein Objectglas ausgebreitet 2 Zoll messend, und als ein Exemplar von Cysticercus Cellulosae mit sechs Saugnäpfen.

Die Bauchhöhle war bei der Section nicht eröffnet worden; Symptome von Bandwurm hatte der Patient zu Lebzeiten übrigens nicht gezeigt.

H. Port (London).

---

102. **T. Grainger Stewart, On Paralysis of Hands und Feet from Disease of Nerves.** Ueber Paralyse der Hände und Füsse durch Nervenerkrankung. (Edinburgh. Med. Journ., April 1881.)

G. St. veröffentlicht 3 Fälle, sämmtlich spontane Formen verbreiteter Neuritis verbunden mit Schmerzhaftigkeit, Lähmungen und Atrophien. Die Erscheinungen blieben auf die unteren Abschnitte der Extremitäten beschränkt und waren besonders hervortretend an den am meisten peripher gelegenen Theilen. Der Process hielt sich nicht an die Verbreitungsbezirke einzelner Nerven, sondern betraf die be-

schriebenen Regionen gleichmässig. Zwei der Fälle endeten nach ca. 9 monatlicher Dauer in Genesung; in dem dritten erfolgte Tod durch eine intercurrente Pneumonie, und dieser Fall soll mit dem Sectionsresultat hier mitgetheilt werden.

Der 31 jährige Hotelwirth G. F. bemerkte Anfang August 80 Schwäche in den Unterschenkeln und bald darauf ebendaselbst prickelnde Schmerzen, die allmählig zunahmen. Gegen Ende October stellten sich ähnliche Sensationen in den Fingern ein, bald darauf in den Händen; dabei Abnahme der Muskelkraft und Steifigkeit. Pat. wurde am 8. Nov. ins Edinh. Roy. Infirmary aufgenommen.

Status praesens. Pat. klagt über prickelnde Schmerzen in beiden Unterschenkeln vom Knie herab bis zum Dorsum pedis mit Taubheit und Kältegefühl in den Zehen und Fusssohlen; ähnlich aber in geringerer Ausdehnung an den Händen. Gürtelgefühl, Formication oder Schwindel sind nicht vorhanden. Tastgefühl an den Beinen unterhalb der Kniee herabgesetzt, ebenso an den Händen. Verlangsamung der Empfindungsleitung und Schwierigkeit in der Localisation der Eindrücke. Sensibilität für Hitze, Kitzeln und schmerzhafte Eindrücke vermindert. Der Muskelsinn, normal an den Händen, ist kaum vorhanden im rechten Fuss und abgeschwächt im linken. — Kein Hautreflex an den Fusssohlen. Cremaster- und Bauchreflex gut ausgesprochen, Patellarsehnenreflex fehlt auf beiden Seiten. Kann Füsse und Hände nur sehr unvollkommen bewegen. Die Finger bleiben in halber Flexion stehen. Electromuskuläre Erregbarkeit beträchtlich herabgesetzt an den Unterschenkeln und Vorderarmen, besonders in Bezug auf die Strecker, Bewegungsversuche verursachen dem Patienten grosse Schmerzen. — Die Sphincteren agiren normal.

Am 17. Nov. wurde einige Besserung in den Symptomen constatirt, einige Tage später aber bekam Pat. eine doppelseitige Pneumonie, welcher er am 4. Dec. erlag.

Die Autopsie wurde von Dr. Hamilton gemacht:

Befund im Gehirn im Wesentlichen negativ. Das Rückenmark war normal in den oberen Hals- und den unteren Dorsalregionen. In der Halsanschwellung dagegen und in geringerem Grad in der Lendenschwellung fanden sich dem Anschein nach unzweifelhafte Züge von secundärer Degeneration. Dieselben hatten scharf markirte Ränder, waren aber sonst nicht sehr hervortretend, und betheiligten nur die Goll'schen Stränge und den äussersten Theil der Seitenstränge, vorzüglich nach hinten zu.

Der Medianus, Ulnaris und Tibialis zeigten sehr auffallende Veränderungen. Im Querschnitt bei schwacher Vergrösserung betrachtet erschien ein Theil der Nervenbündel vollständig zerstört wie durch fettige Degeneration; andere waren nur theilweise verändert, wieder andere verhältnissmässig normal. Im Ulnaris beiderseits war die Degeneration weniger ausgesprochen wie in den Medianis. In den letzteren befand sich kaum ein normales Nervenbündel.

Stärkere Vergrösserung (300) liess erkennen, dass die Zerstörung mit einer Anschwellung des Achsencylinders ihren Anfang nahm, wodurch sich im Verlauf der Nervenröhre eine Anzahl spindelförmiger Körper bildeten. Die theilten sich, wenn sie zu einer bestimmten

Grösse gekommen waren, in eine Anzahl rundlicher Körper von verschiedenem Umfang. Dieselben waren ganz homogen und in jeder Beziehung von der Beschaffenheit gewöhnlicher Colloidkörper. Der Achsencylinder war so in seinem ganzen Verlauf degenerirt. In einer Anzahl Bündel war der Achsencylinder vollständig verschwunden und nur fibröses Gewebe zurückgeblieben. — Zwei Stränge vom Brachialplexus wurden untersucht. In keinem zeigte sich der krankhafte Process in der Weise, wie in den mehr peripher gelegenen Nerven. Die geringen Veränderungen, welche Hamilton darin fand, schob er auf secundäre Degeneration. In den Ischiadicis wurde gleichfalls nichts wesentliches gefunden.

Die Muskel- und Nervenendigungen wurden nicht untersucht.

Grainger Stewart kommt nun sowohl vom klinischen Bild wie dem pathologischen Befund zu dem Schluss, dass es sich hier um einen peripheren Nervenprocess, nicht um eine Primäraffection des Rückenmarks gehandelt habe. Der Befund im Rückenmark entspräche genau dem der secundären Degeneration. Merkwürdig bleibe nur, dass der krankhafte Process nicht durch directe Continuität nach oben sich fortgepflanzt haben könne, denn die vom Brachialplexus und den Ischiadicis untersuchten Theile wären ohne besondere Veränderungen gefunden worden.

Port (London).

---

103. Prof. Dr. H. Nothnagel, Ein Fall von coordinatorischem Stimmritzenkrampf. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 28, S. 304.)

Eine durch schwere rasch aufeinander folgende Schicksalsschläge heimgesuchte 36 jährige Frau erkrankte mit nervösen Erscheinungen: Starkes Zittern bei jeder Erregung und gedrückte Gemüthsstimmung, dazu kamen Sprachstörungen in der Form der „Dysphonia spastica“ (Schech). P. sprach unter cyanotischer Verfärbung des Gesichts mit „gepresster“ Stimme; bei jeder Intonation schloss sich die Glottis krampfhaft. Nach 4 Monate langer vergeblicher Behandlung konnte P. gar keinen Laut mehr hervorbringen, litt an Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Schmerz im Kehlkopf und im Thorax beim Versuch zu sprechen, bei jeder Erregung an allgemeinem Tremor. Beim Versuch zu sprechen werden Lippen und Zunge etwas schwerfällig bewegt, die Bauchmuskeln exspiratorisch kontrahirt, es entsteht Cyanose, aber kein Laut wird hervorgebracht. Laryngoskopisch sieht man beim Phoniren die Stimmbänder sich plötzlich ohne Spalt, ja fast übereinander gelagert schliessen. In- und Exspirationsstrom dagegen passiren die Glottis bei normaler Weite. Blasen und Hauchen ist jedoch selbst bei grosser Anstrengung unmöglich. Zufällig eintretender Husten ist „wie im Normalzustande laut und klangvoll“. Einige Male traten Anfälle von dem Charakter des Spasmus glottidis inspiratorius (hystericus) auf. Lungen- und Herz-Befund waren stets normal, ebenso fand sich im Kehlkopf keine anatomische Veränderung. Der Fall unterscheidet

sich von den bisher beschriebenen nur dadurch, dass P. nicht blasen und hauchen konnte, während doch der reflectorisch oder unwillkürlich erfolgende Husten klangvoll war. Der Stimmritzenkrampf erfolgte also „bei jeder willkürlichen Innervation der die Glottis verengernden Muskulatur, nicht blos bei der phonatorischen Innervation; er bleibt dagegen aus bei der unwillkürlichen und reflektorischen Innervation". N. hat daher für die Bezeichnung „phonischer Stimmritzenkrampf" den Namen „coordinatorischer Stimmritzenkrampf" gewählt; er hält eine centrale Innervationsstörung für das Wahrscheinlichste und stellt den Zustand „wie frühere Autoren" in Parallele zu dem sog. Schreibe-, Klavierspieler- u. s. w. Krampf. Wie bei diesen coordinatorischen Krämpfen in frischen Fällen, so wurde auch hier ein Erfolg nur durch Anordnung von „gänzlichem Aufhören der willkürlichen Bethätigung der betheiligten nervösen Apparate" erzielt.

Stintzing (München).

---

104. **Germain Sée, Diagnostic de la Dyspepsie et du cancer de l'estomac.** Zur Diagnose der Dyspepsie und des Magenkrebses. (L'Union médicale 1881. No. 41.)

Verf. stellt 4 Kategorien von Magenkrebs auf. Bei den beiden ersten, dem in Gestalt eines palpabeln Tumors sich entwickelden und dem (42 % aller Fälle) zu Blutungen Veranlassung gebenden Carcinom ist die Unterscheidung von einfacher Dyspepsie bei genügender Beobachtungszeit nicht schwer. Die 3. Kategorie umfasst diejenigen Formen des Magenkrebses, bei denen die beiden angeführten Symptome fehlen und Erscheinungen auftreten, die denen bei Dyspepsie aus andern Ursachen ähnlich sind. Verf. stellt folgende Unterscheidungsmerkmale auf. Die Schmerzen des Dyspeptischen sind sehr variabel in Dauer und Intensität und zeigen sich meist nach der Aufnahme von, besonders fetten, Speisen. Es ist mehr ein Gefühl von Schwere und Brennen im Magen als wirklicher Schmerz. Leichter Druck, Entweichen von Gasen, oft Einführung geringer Mengen neuer Speisen lindern ihn. Ist er in seltenen Fällen heftiger, so strahlt er nach den verschiedenen Theilen des Thorax oder nach dem Rücken aus. Der Schmerz bei Krebs, der in 92% der Fälle vorhanden ist, ist heftiger, bald lancinirend, bald zusammenschnürend, und wird durch die angeführten Momente nicht gelindert. Bei Dyspepsie besteht immer ein gewisser Grad von Tympanie, bei Krebs nur, wenn derselbe am Pylorus sitzt; die oft beträchtliche Auftreibung des Magens lässt sich dann percutorisch nachweisen. Die Gase, die bei der Tympanie Dyspeptischer entweichen, stammen aus Magen und Darm, hauptsächlich CO_2 und H; die Gase bei Ausdehnung des Magens in Folge von Krebs des Pylorus bestehen aus der verschluckten Luft und sind nie fötid. Bei Dyspepsie ist das Erbrechen nicht só häufig, wie saures Aufstossen mit Sodbrennen; bei Krebs, besonders wenn derselbe am Pylorus und Cardia sitzt, fehlt es nie und bestehen die erbrochenen Massen anfangs

aus Schleim und Speichel, dem sich später Speisefragmente, Sarcine und Krebsstückchen beimischen. Dass letztere selten zur Beobachtung kommen, beruht auf ihrer Veränderung durch die verdauende Kraft des Magensaftes. Appetitlosigkeit findet sich bei 85% der Fälle von Magenkrebs; sie ist beständig und äussert sich entweder gegen alle Speisen in gleicher Weise oder gegen einige besonders, so namentlich gegen Fleisch. Bei Dyspepsie kann ganz normaler Appetit vorhanden sein; er fehlt selten vollständig; der Widerwille gegen einzelne Speisen ist nicht so ausgesprochen und dauernd, wie beim Krebs. Die Verdauungsschwäche ist beim Krebs stets vorhanden und dauernd; sie ist nicht die Folge eines begleitenden Katarrhs, sondern beruht auf der in der Qualität und Quantität ungenügenden Absonderung von Magensaft und ist proportional der Anzahl der krebsig entarteten Drüsen. Die Verdauungsschwäche ist gegen schwere und leichte Speisen in derselben Weise ausgesprochen, während bei der Dyspepsie letztere noch verdaut werden. Es ist nicht richtig, dass beim Krebs die einzelnen Krankheitserscheinungen unaufhaltsam voranschreiten, es gibt bei ihm ebenso wie in der Dyspepsie Remissionen, oft von ziemlich langer Dauer. Aber während in diesem Falle bei Letzterer die Kranken sich vollständig erholen, behalten die Krebskranken ihr kachectisches Aussehen und nehmen nur unbedeutend an Kräften und Körpergewicht zu. Das Alter der Kranken hat nach Verf. für die Differentialdiagnose zwischen Krebs und Dyspepsie nur geringen Werth; er hat ersteren schon bei einem 24 jährigen Manne beobachtet, während in einem andern Fall von präsumirtem Krebs bei einem Greis von 70 Jahren Heilung eintrat. Verf. bestreitet ferner, dass sich aus einer Dyspepsie in Folge von chronischem Katarrh oder andern Ursachen Krebs entwickeln könne; in solchen Fällen ist Letzterer nur im Anfang verkannt worden. Die vierte Kategorie umfasst diejenigen Formen des Magenkrebses, die latent und oft ohne stärkere locale Störungen verlaufen und mit denen Erscheinungen von Dyspepsie anämischen Ursprungs verbunden sind. Für Krebs spricht in solchen Fällen das Vorhandensein von Hydrops, das charakteristische kachectische Aussehen, das gleichzeitige Bestehen geschwollener und verhärteter Drüsen in der Claviculargegend, die Verarmung des Blutes an festen Bestandtheilen und zuweilen das Auftreten verschiedener nervöser Störungen.

Brockhaus (Godesberg).

---

105. **Beneke** (Marburg). **Ueber die Länge des Darmkanals bei Kindern, so wie über die Capacität des Magens Neugeborener.** (Veröffentlichung der Gesellschaft für Heilkunde in Berlin.)

Redner theilt die Aetiologie der gesammten Krankheiten besonders die constitutionellen in 4 Gruppen ein, einmal in die diätetischen Schädlichkeiten, die ungünstigen äussern Lebensverhältnisse, Wohnung, Luft etc., dann in die psychischen Einflüsse, endlich in die anatomische Anlage. Redner hat, da er sehr häufig die 3 ersten ätiologischen

Momente ausschliessen musste, genaue anatomische Messungen vorgenommen. So hat er gefunden, dass in den verschiedenen Lebensaltern im Vergleich zur Körperlänge die Weite der arteriellen Gefässe sich vollständig verschieden verhält; bei Neugeborenen sind dieselben relativ zur Körperlänge am weitesten; besonders sind die Carotiden und die Subclaviae ausserordentlich entwickelt, so dass die Weite der Halsgefässe für die Entstehung der häufigen Gehirnkrankheiten im kindlichen Alter nicht ohne Bedeutung ist. So hat Redner die relativen Grössenverhältnisse der einzelnen Organen zu ermitteln gesucht, die der Lunge, Leber, Herzens, Milz, Nieren und in der letzten Zeit auch des Darmkanales; so hat er denn als feststehende Thatsache gefunden, dass neugeborene Kinder bis zum 9.—12. Jahre einen relativ zur Körperlänge bedeutend längeren Darmkanal besitzen als Erwachsene. Die Länge des Dünndarmes zur Körperlänge bei Neugeborenen verhält sich annähernd wie 570 : 100, im 2. Lebensjahre wie 660 : 100; von der Zeit des vollendeten Wachsthums an, ist das Verhältniss = 450 : 100. Es erscheint auf diese Weise einleuchtend, dass die Kinder, wie Förster gefunden hat, die Milchnahrung fast um die Hälfte besser ausnutzen als Erwachsene; dann hat Redner die Capacität des Darmes bestimmt, indem er denselben mit Wasser füllte, und hat gefunden, dass dieselbe bei Kindern entschieden grösser ist als bei Erwachsenen. Redner zieht daraus den Schluss, dass in dieser relativ beträchtlichen Grösse der Darmfläche eine der Bedingungen liegt für die Möglichkeit des Wachsthums eines Individuums; zu der Zeit, wo das Wachsthum aufhört ist die Länge und die Capacität des Darmkanales bezogen auf Körperlänge und Körpergewicht bedeutend geringer als bei kindlichen Individuen.

Bei Erwachsenen hat Redner eine sehr verschiedene Länge des Darmes gefunden; er fand bei Gesunden auf 100 ctm Körperlänge eine Dünndarmlänge von 407 ctm, bei Fettsüchtigen betrug dieselbe im Mittel 447, bei Phthisikern 313 ctm; Verfasser glaubt so, wenn auch nicht die Ursache der Phthise und der Fettsucht, so doch ein Moment gefunden zu haben, das berücksichtigt zu werden verdient, und fordert desshalb zu weiteren Beobachtungen auf.

Das „Schütten" der Kinder sofort nach der Mahlzeit führt Redner auf die geringe Capacität des Magens zurück; dieselbe variirt bei Neugeborenen ausserordentlich; sie beträgt bei Gesunden in den ersten Tagen 35—43 cctm und steigt dann bis zum 2. Lebensjahre auf 740 ctm.

In der Debatte bemerkt Herr Zuelzer, dass bei Völkern, die vorwiegend vegetabilische Kost genössen und einen langen Darm hätten, wie Russen, Irländern, Oberschlesiern bei Typhus recurrens und Flecktyphus immer eine grosse Mortalität der Erkrankten vorkömmt, was vielleicht durch die grössere resorbierende Fläche bedingt sei.

Kohts (Strassburg).

106. **R. v. Jaksch, I. Ueber Peptonurie bei acutem Gelenkrheumatismus.** Aus der I. med. Klinik in Prag. (Prag. med. Wochenschrift 1881. Nr. 7 und 9.)

— **II. Pneumocystovarium, ein casuistischer Beitrag zur Lehre von der Peptonurie.** Aus der I. med. Klinik in Prag. (Ibid. 1881. Nr. 14, 15.)

I. In einer Reihe von Fällen (12) von acutem Gelenkrheumatismus, bei denen Verf. auf das Vorkommen von Pepton im Harn achtete, gelangte derselbe zu nachstehenden Schlussfolgerungen:

1. Peptonurie kömmt constant im Verlauf des acuten Rheumatismus vor.

2. Sie tritt in gewissen Stadien desselben auf und zwar dann, wenn die Gelenkaffectionen rückgängig werden.

3. Ihr Auftreten ist unabhängig von dem Gang der Temperatur.

4. Die Intensität derselben hängt ab von der Intensität und Extensität der Gelenkaffection und von der Schnelligkeit der Resorption der Gelenksexsudate.

5. Sie überdauert den Ablauf der Gelenkaffection höchstens 3mal 24 Stunden.

Auffällig ist die Analogie dieses Verhaltens mit dem bei Pneumonie und anderen Entzündungsprocessen. Auch Meisner und Hofmeister constatirten Verlaufe der Peptonurie, die eine ähnliche Steigerung bei Abnahme des Processes erfuhr. Nach Verf. handelt es sich beim acuten Gelenksrheumatismus zweifellos um zellreiche Exsudate, durch deren Resorption das Auftreten des an die Zellen gebundenen Peptons (Hofmeister) im Harn zu erklären wäre. (Die Untersuchung auf Pepton geschah mittels der von Hofmeister angegebenen Methode; s. Zeitschr. f. phys. Chemie, Bd. IV, H. IV. S. 260.)

II. Bei einer 27jährigen Frau findet sich ein grosser Abdominaltumor, der sich bei der Untersuchung als Cystovarium erweist. Da bei Erschütterung des Tumors ein weithin vernehmbares metallisches Glucksen hörbar wird, und über dem Tumor in grosser Ausdehnung tympanitischer Percussionsschall sich constatiren lässt, wird die Diagnose Pneumocystovarium gestellt. Vorherrschend sind hartnäckige Stuhlverstopfung, gastrische Beschwerden, andauerndes Erbrechen — dabei rapider Kräfteverfall. In der ersten Beobachtungszeit kein Pepton im Harn nachweisbar. Am 8. Tage nach der Aufnahme fällt die plötzlich eingetretene bedeutende Abnahme des Umfangs des Unterleibes auf, der Tumor selbst erscheint beträchtlich kleiner, die metallischen Geräusche sind verschwunden — kein Fieber; der jetzt entleerte Harn gibt intensive Peptonreaction, die bis zum Tode andauert, woraus Vf. den Schluss zog, es handle sich hier um rasche Resorption von Eiter, wahrscheinlich von dem sich in die Peritonealhöhle hinein entleerenden Tumor herrührend. (Im Erbrechen sowie in den Faeces fand sich nichts vor, was für die Annahme einer Perforation des Tumors in den Darmkanal hätte sprechen können.) In den folgenden Tagen zunehmende Verkleinerung des Tumors, Erbrechen (zuletzt faeculent)

anhaltend, icterisches Aussehen des Kranken, worauf abermaliges Anwachsen des Tumors zu seiner früheren Grösse nebst Wiederkehr der physicalischen Symptome. Bei der Section fand sich eine erweiterte mit Gas gefüllte Dermoidcyste, welche in die Bauchhöhle perforirt war, nebstdem Achsendrehung des Dünndarmes. Das Auftreten der Peptonurie ist nach Vf. im vorliegenden Falle für die Diagnose um so werthvoller, als alle anderen Erscheinungen, welche in der Regel derartige Vorgänge zu begleiten pflegen, gefehlt hatten.

E. Schütz (Prag).

---

107. **Dr. G. v. Liebig** (Reichenhall), **Die Nährsalze und die Molke.** (Deutsche med. Wochenschr. 1881. Nr. 13.)

„Bezüglich des Auftretens der Nährsalze im Körper darf als bekannt angenommen werden, dass die Form der eiweisshaltigen Gewebe an einen bestimmten Gehalt von Erdphosphaten und von Eisen untrennbar gebunden ist, dass ausserdem in der Asche der Muskeln, des Gehirns, der Leber, der Milz und der Blutzellen die Kalisalze, das Kaliphosphat und das Chlorkalium, und in der Asche der Blutflüssigkeit, der Lymphe und der Secrete die Natronsalze vorwiegend vertreten sind.“

Obgleich die Menge dieser Nährsalze nur 1—1½ % der frischen Organe beträgt, so darf doch die Verminderung derselben eine bestimmte kleine Grösse nicht überschreiten, ohne die Leistungsfähigkeit und selbst das Leben zu gefährden.

v. L. erörtert nun nach den Arbeiten von J. Forster, E. Kemmerich, J. Lehmann und Erw. Voit die Rolle der Nährsalze.

Die im Normalzustand in den Organen und im Blute vorhandene Menge an frei beweglichen Salzen muss dazu dienen, die innere Arbeit des Körpers zu unterhalten.

Im Leben wird die Erhaltung eines Vorrathes von freien Salzen dadurch begünstigt, dass der Körper die Fähigkeit besitzt, Nährsalze auf kurze Zeit aufzuspeichern. Die Entwickelung und die Thätigkeit der Organe wird durch eine reichliche Zufuhr der Nährsalze in hohem Grade gefördert.

Junge Schweine desselben Wurfes wurden verschieden gefüttert; a mit Fleischmehl, Kartoffeln, Zusatz von Kalisalzen und Kochsalz; b ebenso mit Zusatz von Kalksalzen und Kochsalz; c nur mit Kartoffeln und Kochsalz. Nach 126 Tagen wog a = 145,5 Pfd., b = 137 Pfd. und c = 60 Pfd.; a hatte die grösste Fresslust, eine schöne glänzende Haut und die grösste Munterkeit, b das stärkste Skelett, c rachitische Knochen.

v. L. vergleicht die a-Fütterung mit der Ernährung der Kinder besserer Stände, die mit einer an Kalisalzen reichen, an Kalksalzen armen Fleisch- und Eierkost aufgezogen werden, während man die den Ansatz des Fleisches und Fettes befördernde Mehlkost und die kalkreichen grünen Gemüse möglichst zu vermeiden sucht.

Die Bedeutung des Kalkes erstreckt sich aber nicht allein auf die Ausbildung der Knochen, er ist sehr wesentlich für die Gesundheit

aller Organe und er scheint ausserdem die Bindung des Eisens an die Gewebe zu vermitteln. Bei Fütterung mit frischem Fleisch, Speck und destillirtem Wasser waren nicht nur alle Organe sehr kalkarm, die Knochen rachitisch, sondern es ergab sich eine Verminderung des Eisengehaltes aller Organe, obgleich in der kalkarmen Nahrung Eisen genug enthalten war. Es fehlten dem Gehirn 49 %, den Muskeln 8 %, dem Blute 25 % Eisen; Blutzellen und Haemoglobin hatten abgenommen.

Ueberträgt man diese Ergebnisse auf den Menschen und stellt wachsende Menschen mit Reconvalescenten und geschwächten Personen in eine Reihe — so können die Salze der Heilquellen, so weit sie nur der inneren Arbeit dienen, wie das Kochsalz, eine Zunahme und Kräftigung der Organe nicht direkt bewirken. Sie unterhalten nur die Sekretionen und führen die Produkte des organischen Zerfalles rascher fort, schaffen also Raum für Ernährung und Neubildung. Die Quellen, welche den Aufbau unmittelbar befördern, sind die kalk- und eisenhaltigen, in noch höherem Grade die Molke, weil sie neben den phosphorsauren Erden noch die Kalisalze in grösserem Verhältniss einschliesst.

Die Obstsäfte und der Traubensaft enthalten hauptsächlich das Kaliphosphat. Die Molke enthält (nach J. Lehmann) 6,4 p. M. Aschenbestandtheile, davon 3 Chlorkalium, 1,4 Kaliumphosphat, 1,3 Erdphosphate, darunter 0,9 Kalkphosphat. Ein Liter Molke täglich gewährt also dem Körper einen erheblichen Zuschuss an Kalisalzen und Erdphosphaten. Bei Schwächezuständen, unter welchen Ernährung und Blutbildung Mangel leiden, sind die Molken von je her gegeben worden, und eine Verbindung von Eisenpräparaten mit Molkengebrauch findet häufig Anwendung. Durch die obigen wissenschaftlichen Ergebnisse werden also die alten Regeln der Praxis neu bewährt und dauernd gestützt.

R.

Neue Bücher.

Abadie, Leçons de clinique opthalmologique. Paris, Doin. 7 fr.

Bernhardt, Beiträge zur Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwülste. Berlin, Hirschwald. 8 M.

Chambard, Du Somnambulisme en générale, nature analogie, signification, nosologie et étiologie avec observations de somnambulisme histérique. Paris, Doin. 4 fr.

Dupuy, Manuel d'hygiène publique et industrielle ou résumé pratique des attributions des membres des conseils d'hygiène. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 7 fr. 50 cts.

Fodor, Hygien. Untersuchungen über Luft, Boden und Wasser, insbesondere auf ihre Beziehungen zu den epidemischen Krankheiten. I. Abtheilung: Die Luft. Berlin, Hirschwald. 4 M.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **4. Mai.** **Nro. 8.**

108. **Dr. B. Lachmann, Klinische und experimentelle Beobachtungen aus der Recurrensepidemie in Giessen im Winter 1879/80.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVII. Heft 5 und 6.)

Die Epidemie, welche von October 1879 bis April 1880 dauerte, umfasste 168 Fälle, von denen die meisten auf die Monate December und Januar entfielen. Es erkrankten viel weniger Frauen als Männer. Das Verhältniss war 1 : 8,4. Das von der Krankheit besonders bevorzugte Alter lag zwischen 25 und 35 Jahren. Die meisten Erkrankten waren geschwächte Individuen, meist heruntergekommene Handwerksburschen, die in den zur Winterszeit meist sehr überfüllten Herbergen von Giessen und Umgebung inficirt worden waren. Die Zahl der Hausinfectionen war eine geringe. Leicheninfection kam 1 mal vor. Die Mortalität war eine bedeutende und betrug 9,2 %. Hiefür macht L. besonders den Umstand verantwortlich, dass viele der Kranken bereits auf der Wanderung bei strenger Winterskälte mehrere Anfälle überstanden hatten, und in so desolatem Zustande aufgenommen wurden, dass sie noch in den ersten 24 Stunden zu Grunde gingen; ferner auch die überaus grosse Anzahl der Complicationen, die bei dieser Epidemie

beobachtet wurden. Der Leichenbefund in den 12 secirten Fällen war kurz folgender: Von den auf der Höhe des Anfalls gestorbenen wurden 5 secirt; bei ihnen fanden sich mit einer Ausnahme, die für Febris recurrens pathognomonischen Herde in der Milz, welche jedoch L. nicht als Infarcte, sondern als durch traumatische Einwirkung entstandene Milzabscesse gedeutet wissen will; dann starke Entzündung der Bronchialschleimhaut und lobuläre pneumonische Herde, leichte parenchymatöse Trübungen in Leber und Nieren, leichte katarrhalische Veränderungen im Digestionstractus, und Verfettung der Herzmusculatur und anderer Muskeln, besonders der Wade. In einem Falle zeigten alle Organe mit Ausnahme des Gehirns ausserordentlich zahlreiche Blutungen. Bei den übrigen, während der Intervalle gestorbenen Kranken war als besonders characteristisch die Combination von croupöser Pneumonie, Pachymeningitis hämorrhagica und Nephritis hervorzuheben. Constant fanden sich aus der Anfallszeit herrührend: Veränderungen der Milz.

Das einzige Symptom, aus dem im Anfange der Erkrankung Febris recurrens mit absoluter Sicherheit erkannt werden kann, ist die Anwesenheit der Obermeier'schen Spirillen im Blute. Doch können auch sie im Anfalle zu manchen Zeiten vermisst werden. Das erste Auftreten der Spirillen war ein sehr wechselndes. Die Behauptung Heydenreichs, dass das Erscheinen der Spirillen einer jeden Temperaturerhöhung überhaupt vorangehe und dass die Re- und Intermissionen während des Fieberstadiums mit dem Absterben von Generationen von Spirochaeten zusammenhängen, hält L. auf Grund eigener und anderer Erfahrungen für unrichtig. Bis jetzt stehen nur folgende Facta fest: Im Anfall sind Spirillen, auch wenn die Temperaturen subnormal sind, da. Während der anfallsfreien Zeit fehlen sie. Die Spirillen erscheinen mehr weniger spät nach Beginn des Anfalls, nehmen im Ganzen mit der Dauer des Anfalls zu; gegen Ende desselben verschwinden sie ziemlich plötzlich. — Dass der Tod der Spirillen durch die schädliche Wirkung der excessiven Temperaturen bewirkt werde, ist nicht wahrscheinlich. Im Gegensatz zu früheren Beobachtern fand L. in den Leichen der 6 auf der Höhe des Anfalls Gestorbenen die Spirillen immer. Die längste Zeit in der sie lebend angetroffen wurden betrug 4 Stunden nach dem Tode. Die aus der Leiche entnommenen Spirillen erhalten sich fast noch 3 Tage lebend, während bereits nach 6 Stunden die Spirillen in der Leiche leblos waren. Sie fanden sich stets in allen Blutgefässen, nie im Parenchym der Organe. In einem Falle zeigte sich auch das zuerst von Heydenreich beschriebene Phänomen der Kältestarre der Spirillen. Gemachte Uebertragungsversuche der Spirillen auf Hunde, Kaninchen und Mäuse scheiterten sämmtlich; auch die Züchtungsversuche ergaben keine Erfolge. Dagegen wurde mit einer andern Versuchsanordnung ein Resultat erhalten. Es ergab sich nämlich, dass eine Weiterentwicklung der Spirillen ausserhalb des Organismus unter gewissen Verhältnissen möglich ist. (Ueber Anordnung und Zahl der Versuche vgl. d. Orig.)

Dass sich der Typus des Fiebers im Laufe verschiedener Epidemieen erheblich änderte, wurde schon früher beobachtet. Auch in diesem Falle wurden bedeutende Differenzen verzeichnet. Im Ganzen

gestaltete sich der Fieberverlauf folgendermassen: Plötzlicher Beginn mit rapidem Ansteigen der Temperatur bis 40,0—41,5; starke Remissionen, die besonders auf den Morgen fielen und gegen 2—$2^1/_2$° betrugen, sehr selten Intermissionen, kurz vor dem Abfall kritische Perturbationen. Der Abfall betrug 5—6 seltener 7—8°; lytischer Abfall war sehr selten. Während der Apyrexie meist subnormale Temperaturen, häufig kurzdauernde plötzliche Erhebungen, die jedoch 40,0° nicht überschritten. Der zweite Anfall begann in der Regel gleichfalls plötzlich, die Remissionen waren noch häufiger und erreichten oft subnormale Temperaturen. Nach einer Apyrexie, welche länger als die erste und nur selten durch Temperaturerhebungen unterbrochen war erfolgte der dritte Anfall, welcher sich vom zweiten nur durch um einen Tag kürzere Dauer unterschied. Die mittlere Dauer der Anfälle war, im Ganzen eine etwas kürzere als die gewöhnlich beobachtete. Auffallend war das numerische Ueberwiegen der Kranken mit 3 Anfällen. Von sonstigen Recurrens-Symptomen erwähnt L. noch die Veränderungen der Stimme, die er von einer Parese der phonischen Muskeln beider Stimmbänder ableitet und Blutungen in die Haut.

Von den Complicationen stehen in erster Linie die Pneumonieen, welche in 11% aller Fälle vorkamen, und oft das lethale Ende herbeiführten. Relativ häufig waren Entzündungen der Hirnhäute, kurze Zeit nach der Krise auftretend. Die Symptome waren Benommenheit des Sensoriums bei subnormaler Temperatur, selten Delirien. 1 mal wurde auch Nephritis, 4 mal Decubitus beobachtet. Frostgangrän beider Füsse trat 3 mal auf bei Individuen, welche kurz vor der Aufnahme ins Spital der strengsten Winterkälte ausgesetzt gewesen waren. Die meisten Complicationen fallen auf die Zeit zwischen dem 1. und 2. Anfall, schwere Pneumonieen mit Betheiligung der Gehirnhäute stellten sich nach dem 2. Anfall ein. Unter den Nachkrankheiten stehen die Augenkrankheiten oben an; in 11 % aller Fälle wurden Iridochorioiditis, Iritis, Glaskörpertrübungen und Netzhauthämorrhagieen beobachtet. Häufig verzögerten Darmkatarrhe die Reconvalescenz. Seröse Infiltration des Unterhautzellgewebes ohne Albumenausscheidung im Urin ist 6 mal verzeichnet, sehr häufig waren leichtere Oedeme. Die Disposition zu Furunkeln war in der Reconvalescenz gross.

Die Therapie hatte nur negative Erfolge. Als einziges linderndes Mittel gegen die Muskelschmerzen erwiesen sich, abgesehen von den Narcoticis, fortgesetzte Priessnitz'sche Umschläge.

Kopp (München).

---

109. **Dr. med. Andrscheewsky, Die Malariaerkrankungen im Norden.** (Aus der medicotopographischen Beschreibung der Gewehrfabrik in Ischewsk.)

Im Allgemeinen ist die Meinung stark verbreitet, dass mit der immer weiteren Entfernung vom Aequator die Intensität der Malaria abnehme, in rauherem Klima aber sie sogar ganz verschwinde,

um nur eventuell in Folge von Aufrodung des Bodens, Trockenlegen der Sümpfe und anderer ähnlicher Umstände in mehr weniger kurzdauernden Epidemieen aufzutreten. Als nördliche Malariagrenze wird nach Bondin die Isotherme + 5°, nach Hirsch die Isotherme + 15°, + 16° C. angenommen, welche zwei Begriffe (für das Europäische Russland) sich fast decken. Dr. Andrscheewsky giebt uns aber in seiner Arbeit die Beschreibung einer Gegend, welche, an dieser Grenze selbst liegend, uns dennoch als ein so intensiver Malariaherd erscheint, wie wir ihm sonst nur in viel heisserem Klima zu begegnen gewohnt sind. Die Gewehrfabrik von Ischewsk bildet für sich einen ansehnlichen Flecken mit 22700 Einwohnern, der unter 56° 27′ N.-B. und 70° 39′ O.-L. liegt. Seine mittlere Jahrestemperatur, zwischen + 3,23° und — 0,68° R. schwankend, beträgt + 1,3° R. und vertheilt sich zwischen den Jahreszeiten folgendermassen: Frühling + 3,98°; Sommer + 13,14°; Herbst — 0,41; Winter — 11,51° R. Dabei ist die Witterung sehr unbeständig. Die Temperaturschwankungen binnen 24 Stunden können eine beträchtliche Höhe erreichen. Als nicht seltenes Beispiel kann folgendes dienen: 16. Mai 1872, 7 Uhr Morgens + 17,5°, 1 Uhr Nachmittags + 24° im Schatten, Südwestwind; 9 Uhr Abends 7,5°, starker Nordwest; in der Nacht Schnee und nächsten Morgen um 7 Uhr — 2° R. Die Differenz zwischen der mittleren Morgen- und Abendtemperatur einerseits und der um 1 Uhr Nachmittags andererseits, monatlich berechnet, ist folgende: März — 4,44°, Juli — 4,65° October — 2,43°, Dezember — 1,43° R.

Die atmosphärischen Niederschläge konnten leider nicht instrumental bestimmt werden, ebenso auch der Feuchtigkeitsgrad der Luft. Verfasser führt aber folgende Zahlen an, woraus ein gewisser Schluss über die Feuchtigkeitsverhältnisse der Luft in Ischewsk gezogen werden kann. Während des Jahres gibt es nämlich in Ischewsk 70 heitere Tage, 145 ½ trübe, 149 ½ Regen- und Schneetage; von den letzteren gehören je 42 ½ dem Sommer und Herbst an.

Die Gewehrfabrik von Ischewsk ist an dem Flusse Isch gelegen, der ein enges sumpfiges Thal in der Richtung von Norden nach Süden durchströmt und den Flecken in 2 gleiche Theile theilt. Dieser Fluss wird von einem über 600 m langen Damm durchschnitten (der Betrieb der Fabrik wird nämlich durch die Macht des Wassers gesichert), wodurch ein künstlicher See von 15 km Länge und bis zu 5 km Breite erzeugt wird. Das rechte Flussufer ist flach, das Grundwasserniveau ist dabei so hoch, dass es in allen Graben und Vertiefungen in Lachen ans Tageslicht tritt und in vielen Häusern direct unter dem Fussboden zu stehen kommt. Ebenso sind die Bodenverhältnisse im südlichen Theile des linken Flussufers beschaffen. Der bei weitem kleinere Theil des ganzen Fleckens geniesst bessere Bodenverhältnisse, indem er auf einem Hügel, der 200′ hoch über das Flussniveau sich erhebt, erbaut ist.

Das nächstfolgende Bild der Malariabewegung entnimmt Verfasser einem Zeitraum von 12 Jahren. Sie bildet 33,5% von der Gesammtzahl der Erkrankungen, 96,08% von der Gesammtzahl aller cymotischen. Im ganzen hat es während dieser Periode 16,429 Malariafälle gegeben, die sich folgendermassen eintheilen lassen: Intermittens quotidiana 8808,

tertiana 2330, quartana 1804, perniciosa 34, larvata 792, febris continua remittens 952, Cachexia paludosa (chronische Leber und Milztumoren) 1880, Hydrops ex cachexia paludosa 167, Icterus 42.

Die jährliche Curve der Malariaerkrankungen stellt uns zwei Maxima und zwei Minima dar. Die Gipfelpunkte fallen auf die Monate März und August, von welchen der letztere der höhere ist. Die Minimalzahl der Erkrankungen wird im Januar und Juli erreicht. Wenn wir unser Augenmerk auf die verschiedenen Typen richten, so sehen wir, dass die Tertiana im März und April prävalirt, die Remittens und Quotidiana aber im August. Die Quartanacurve erreicht ihren einzigen Gipfelpunct im October und senkt sich von da allmählig bis zu ihrem niedrigsten Punkt im Juli herab.

Unter der Intermittens perniciosa versteht Verfasser ausschliesslich Formen mit prävalirenden Erscheinungen seitens des cerebrospinalen Systems. Es sind:

1. Die soporösen und komatösen Formen, wovon eine Abart besonders gefährlich ist, vielleicht weil man seine Zuflucht zu spät zum Arzt nimmt. Sie besteht in einem augenscheinlich normalen, aber äusserst tiefen Schlaf; die Körpertemperatur ist häufig nicht, oder nur um einige zehntel Grad erhöht; Puls und Respiration fast normal; Reflexe anfangs vorhanden. Grösstentheils geht dieser Zustand in einen ausgesprochenen Sopor mit Delirien, eventuell Convulsionen, starker Temperatursteigerung und endlichem lethalen Ausgang über, oder der Schlaf wird immer tiefer, der Puls unregelmässig, die Athemfrequenz nimmt entweder zu oder ab, die Reflexe schwinden, und das Leben erlischt allmälig.

2. Die maniacalischen und melancholischen Formen.

3. Die aphasische Form mit ausgesprochener typischer Aphasie bei vollem Bewusstsein des Kranken.

4. Die epileptischen und

5. Tetanische Formen.

Die Formen der Intermittentes larvatae sind in der Gegend wirklich zahllos. Verfasser stellt sie in folgende Gruppen zusammen:

1. Die neuralgischen Formen, die Verfasser auf die eine durch Hyperämie bedingte Einklemmung des betroffenen Nerven in seiner Austrittstelle zurückführen will.

2. Die rheumatischen Formen, die als typische Muskel- oder Gelenkschmerzen fast immer mit sichtbarer Schwellung und Röthe der betroffenen Gelenke auftreten.

3. Die in Form von Entzündung verschiedener Organe auftretende Intermittens, wovon die Pneumonia crouposa intermittens tertiana die bekannteste ist.

4. Die hämorrhagischen Formen, welche in typischen Blutungen aus der Nase, dem Uterus, den Nieren, der Haut (purpura haemorrhagica) und anderen Organen erscheinen.

5. Formen mit erhöhter seröser Transsudation, darunter intermittirende seröse Durchfälle, die so profus sein können, dass sie das algide Cholerastadium simuliren. Hierzu gehört eine interessante Beobachtung Verfassers. Eine Jüdin, die an Endometritis chronica litt, bekam heftige Schmerzen in Kreuz und Hypogastrium, worauf eine be-

trächtliche Steigerung ihres Fluor albus eintrat, der bald in einen serösen, fast farblosen Ausfluss ausartete. Dieser Ausfluss war so stark, dass zwei Matrazzen unter Patientin damit fast durchtränkt waren. Jeder Anfall hinterliess grosse Mattigkeit und verlief ganz ohne Temperatursteigerung.

6. Paralytische Formen, die unter anderen als lebensgefährlicher Meteorismus, oder auch Blasenparalyse auftreten.

Verfasser ist der Meinung, dass die Malaria ausser diesen ausgesprochenen Formen ihren Einfluss noch beim Verlauf vieler anderer Krankheiten kundgebe, indem sie theils als Complication auftrete, theils den Verlauf selber typischer Krankheiten abändere. Das letztere will er nämlich bei den abdominellen und exanthematischen Typhen beobachtet haben, hauptsächlich was ihre Temperaturcurve betrifft. Die höchsten Temperaturen werden nicht selten gleich am ersten Tage erreicht, dann folgt ein mehr weniger continuirliches Fieber, wobei die tägliche Acme bis in die Morgenstunden verschoben werden kann, um mit fast regelmässig eintretendem intermittirendem Fieber (in mehreren Anfällen) zu enden. Das Sensorium soll bei solchen complicirten Typhen freier sein als sonst.

Endlich tritt Verfasser der verbreiteten Meinung entschieden entgegen, dass Gegenden mit stark entwickelter Malaria die Lungenschwindsucht wenig begünstigen sollen. Er giebt es für Malariaregionen mit heissem Klima zu; bei rauhem Klima aber will er einen perniciösen Einfluss der Malaria auf die Lungenkrankheiten bemerkt haben, und stellt das Sumpfgift sogar als ein ätiologisches Moment der Schwindsucht auf.

J. Stemler (Petersburg).

---

110. **Prof. Edlefsen** (Kiel), **Zur Behandlung der Epilepsie.** (Mittheilungen für den Verein Schleswig-Holstein'scher Aerzte, April 1881. pag. 138—142.)

Kunze empfiehlt in seinem Lehrbuch der praktischen Medizin (3. Aufl. pag. 204) als eines der wirksamsten Mittel gegen Epilepsie das Curare und wiederholt diese Empfehlung in eindringlicher Weise in der Deutschen Zeitschrift für praktische Medizin Jahrg. 1877 pg. 81. Er hat das Mittel bei 35 Patienten versucht und in 9 Fällen völlige Heilung erzielt. Die ausführlichen mitgetheilten Fälle beweisen, dass das Curare auch bei den schwersten Formen der Epilepsie selbst nach vieljähriger Dauer der Krankheit und selbst dann, wenn die geistigen Fähigkeiten unter dem Einfluss der Krankheit bereits erheblich gelitten haben, vollständige Heilung herbeiführen, auch die gesunkene Intelligenz bis zu einem gewissen Grade wiederherstellen kann.

Edlefsen hat auf diese Empfehlung gestützt in einer Anzahl von Fällen schwerer Epilesie die Curarebehandlung versucht, weil die bisherigen Erfolge des Bromkaliums theils mit, theils ohne Atropin nicht so ermuthigend sind, dass sie eine wirksamere Therapie überflüssig machen.

Verf. hat das Curare in der von Kunze empfohlenen Form und Dosis angewandt, lässt aber die zu den Injectionen bestimmte Lösung vorher filtriren. Die Ordination ist folgende:

Curare 0,5, Aq. dest. 5,0, Acid. hydrochlor. gtt. 1, digere per 24 horas, dein filtra. Von dieser Lösung injicirt er alle 5 Tage $^1/_3$, wohl auch $^4/_{10}$ des Inhalts einer Pravaz'schen Spritze. Die Injection verursacht in der Regel weder erhebliche Schmerzen noch entzündliche Reactionserscheinungen; auch sind bei der angegebenen Methode nie Vergiftungserscheinungen aufgetreten. Es versteht sich von selbst, dass man sich der Güte und Wirksamkeit des Präparates vorher vergewissert haben muss.

Edlefsen hat das Mittel bisher in zwei Fällen von Hysteroepilepsie und 13 Fällen von wirklicher Epilepsie angewandt, in den beiden ersteren ohne allen Erfolg. Unter den 13 Fällen von wirklicher Epilepsie, die der Mehrzahl nach als schwere und veraltete zu bezeichnen sind, trat bei sechs Patienten in Folge der Curarebehandlung keine oder nur ganz vorübergehende Besserung ein; drei wurden vollständig und, soweit man bis jetzt urtheilen kann, dauernd geheilt. Bei drei Patienten wurde zwar keine vollständige Beseitigung der Anfälle, wohl aber erhebliche Verminderung derselben und selbst eine Unterbrechung für Monate erreicht, auch wo von der Curarebehandlung täglich mehrere sehr schwere Anfälle erfolgten. Ein Fall befindet sich noch jetzt in Behandlung und lässt nach den bisherigen Beobachtungen ein günstiges Resultat erwarten. In fast allen Fällen waren von der Einleitung dieser Behandlung verschiedene antiepileptische Mittel meistens lange Zeit ohne befriedigenden, oder dauernden Erfolg angewandt worden.

Ueber die 7 günstig verlaufenen Fälle wird einzeln berichtet; wir erwähnen folgende:

1. Eine 24 jährige Frau mit erblicher Belastung, welche ihre ersten Anfälle nach dem Eintritt der Pubertät, anfangs schwach, nur bei Nacht, Monate lang aussetzend, später stärker und immer charakteristischer in 8—14 tägigen Intervallen nur bei Nacht, erlitt. In Folge Gelenkrheumatismus erhebliche Steigerung des Uebels mit durchschnittlich 2—3 täglichen Anfällen bis zum 2. Februar 1878. An diesem Tage erste Curareinjection. Bis zur nächsten Injection am 9. Febr. kein Anfall. Am 16. Febr. dritte Injection. Inzwischen war ein starker Anfall erfolgt, der letzte, der überhaupt noch wieder eintrat, Fortsetzung der Behandlung bis Ende März; im Ganzen 10—11 Injectionen. Soweit bekannt ist die Heilung eine dauernde geblieben.

2. Ein 40jähr. phthisischer Maler, welcher seit vielen Jahren an Epilepsie litt und dessen Uebel sich trotz langer Anwendung von Bromkalium steigerte, wurde von Anfang December 1878 an mit vollständigem bis jetzt dauerndem Erfolge der Curarebehandlung unterworfen.

3. Mädchen von $10^1/_2$ Jahren. Im 7. Lebensmonat 16 stündige Krämpfe; im 4. Jahre nach einem Fall auf den Hinterkopf fünftägige Krämpfe. Seit Anfang November 1880 fast täglich Krämpfe; durchschnittlich 2—3 Anfälle täglich. Beginn mit Aura, vollständige Bewusstlosigkeit 10 Minuten lang. 12. November 1880 Beginn der

Curarebehandlung (Solutio 10:0,1; davon beginnend mit 1/3, steigend bis zu einer ganzen Pravaz'schen Spritze). Nach der ersten Injection noch ein schwächerer Anfall; seitdem blieben die Krämpfe aus und ist das Kind viel munterer und freier geworden.

In 3 weiteren Fällen von sehr schwerer Epilepsie, welche ausführlich erzählt werden, ist keine vollständige Heilung aber erhebliche Minderung der Häufigkeit und Intensität der Krämpfe eingetreten.

Verf. glaubt nach diesen Resultaten fernere Versuche mit dem Mittel empfehlen zu dürfen, indem es doch sehr erwünscht wäre, wenigstens einige Kranke heilen oder ihnen Besserung gewähren zu können. Eine Auswahl der Fälle scheint ihm noch nicht möglich zu sein, doch glaubt er am meisten bei nicht zu langer Dauer des Uebels Herstellung erhoffen zu dürfen. Wenn nach 4—5 Injectionen keine Wirkung ersichtlich wird, räth er von der Behandlung abzustehen. — Verf. ist sich darüber klar, dass das Mittel ein rein empirisches ist und dass wir, in Folge unserer Unkenntniss von dem Wesen der Epilepsie und den physikalischen Einflüssen des Curare, für jetzt eine Erklärung der Wirkung desselben auf einige Fälle von Epilepsie noch nicht zu geben im Stande sind.

Leo.

---

111. **Coelestin Nauwerk, Ueber Pneumonomycosis und Pharyngomycosis sarcinica.** (Correspondenzbl. f. schweizer. Aerzte Nr. 8.)

Seit Virchow zuerst, 1846, zwei Fälle von Pneumonomycosis sarcinica beschrieben hat, sind nur wenige einschlägige Beobachtungen (im Ganzen 7) veröffentlicht worden; N. vermehrt die Zahl derselben um 4 in der medic. Klinik zu Zürich beobachtete Fälle. Die vier Patienten litten an Phthisis pulmonum, einer derselben ausserdem an Addison'scher Krankheit. Drei derselben gelangten zur Section, unter ihnen der an Addison'scher Krankheit Leidende, bei dem sich unter Anderem eine Verfettung der linken Nebennieren und Verdickung der linken Hälfte des plexus coeliacus fand. Bei keinem der zur Necroscopie Gelangten war Sarcine im Magen nachzuweisen; auch bei dem 4. Patienten war kein Anhaltspunkt für die Annahme, die Sarcine sei erst secundär aus dem Magen in die Luftwege gelangt. Wohl aber fand sich bei einem der Verstorbenen in dem Schleimbelag des im Uebrigen vollkommen normalen Pharynx die Sarcine in enormer Masse und setzt sich von dort allmählig an Menge abnehmend in die Luftwege fort.

In Betreff der Aetiologie hebt N. hervor, dass zwei der Kranken mehrere Wochen lang nahe bei einander gelegen hatten. Im Uebrigen schliesst er sich der Ansicht Friedreich's an, dass der Pneumonomycosis meist eine Stomatomycosis und Pharyngomycosis sarcinica vorangehe.

N. kommt zu dem Schlusse, dass die Pneumonomycosis sarcinica als Krankheitsbegriff aus der Pathologie auszuscheiden sei. Die Sarcine

sei weder bis jetzt als direkte Ursache einer Lungenkrankheit sui generis nachgewiesen, noch sei sie im Stande schon bestehende Krankheitszustände in eigenthümlicher Weise zu beeinflussen. Auch glaubt N., dass sich die Sarcine bei gehöriger Aufmerksamkeit viel häufiger im Auswurf finden liesse, als es bisher der Fall zu sein scheine.

Ungar.

---

112. **Prof. Talma** (Leiden), **Bydragen tot de leer van het percusiegeluid.** Beiträge zur Lehre des Percussionsschalles. (Weekblad van het nederlandsch tydschrift voor geneeskunde. 1881 N. 10.)

Seit längerer Zeit mit Experimenten beschäftigt, durch welche die Entstehung des Percussionsschalles bewiesen werden könnte, theilt Verf. Folgendes über seine Resultate mit.

Um zu erfahren, ob bei der Percussion des Thorax die Schwingungen der in den Alveolen enthaltenen Luft den Schall verursachten, wünschte Verf. zuerst zu untersuchen, ob überhaupt in einer Luftmasse, die in elastisch gespannten Membranen eingeschlossen ist, stehende Wellen erzeugt werden können. Dazu dienten folgende Experimente.

Verf. schloss einen kleinen elastischen Ballon mit einem von zwei gläsernen Röhrchen durchbohrten Korke; das eine Röhrchen wurde mit einem Manometer, das andere mit einem Blasebalg verbunden. Klopfte Verf. auf den durch den Blasebalg in verschiedenem Masse ausgedehnten Ballon, so wurde den Ton nicht niedriger, wenn das Volumen des Ballons zugenommen hatte, wie es doch der Fall ist bei Resonatoren. Dies Experiment bewies, dass durch die elastische Spannung der Wand in der umschlossenen Luft keine stehende Wellen erzeugt werden konnten.

Wenn dies der Fall wäre, müsste ferner das Gesetz gelten, nach welchem die Schnelligkeit mit der Schallwellen durch ein Glas sich fortpflanzen im umgekehrten Verhältniss zur Quadratwurzel der Dichtheit des Gases steht.

Verf. füllte nun 2 auf obenbeschriebener Weise mit Manometer und Blasebalg verbundenen Ballons, so weit mit Luft, dass beide Manometer gleichen Druck anzeigten. Er notirte dann den bei der Percussion wahrgenommenen Unterschied in der Tonhöhe; füllte den einen Ballon mit Wasserstoff, bis dass in Beiden dieselbe Spannung erreicht war, percutirte aufs neue, und constatirte dass kein Unterschied in der Höhe des Tones zu Stande gekommen war.

Diese Versuche liefern nach Verf. den Beweis, dass der beim Percutiren des Ballons gehörte Ton abhängig ist von den Schwingungen der Wand.

Da in normalem Zustande das elastische Lungengewebe gespannt sei, könne man a priori annehmen, dass die Luft in den Lungenalveolen nicht in tongebende Schwingungen gesetzt werden könne. Zum Beweise stellte Verf. Versuche an mit aus der Leiche entfernten normalen

Lungen, deren Bronchi je mit Manometer und Gasreservoir verbunden wurden. Nachdem beide Lungen erst mit Luft gefüllt waren, sodass die Manometer gleichen Druck anzeigten, wurden auf der Pleura zwei Stellen notirt, die beim Percutiren denselben Ton oder Schall gaben. Verf. füllte dann die eine Lunge mehrere Male mit Wasserstoff, sodass alle Luft daraus vertrieben wurde.

Das Gasreservoir wurde endlich abgeschlossen, wenn das eine Manometer denselben Druck anzeigte wie das andere. Wenn nun die notirten Stellen percutirt wurden, zeigte sich daraus kein Unterschied in der Höhe des Schalles.

Aus diesen wiederholt angestellten Versuchen schliesst Verf. dass der Percussionsschall der Lunge unabhängig von den Luftschwingungen in den Alveolen entstehe.

Um zu untersuchen, ob der Thorax oder das Lungengewebe, oder beide zusammen den Schall erzeugten, diente folgende Probe. Die Bauchhöhle einer Leiche wurde durch einen vom Proc. ensiformis bis zur Symphysis pubis reichenden Medianschnitt geöffnet. Mit diesem kamen zwei andere Schnitte zusammen, die dem Rippenbogen entlang gemacht wurden, sodass die Bauchdecken ganz nach Aussen und Unten geschlagen werden konnten. Magen und Darm wurden entfernt. Dann wurde in die Trachea sorgfältig eine mit einem Blasebalge versehene Glasröhre gebunden. Es zeigte sich bei der Percussion, dass die absolute Leberdämpfung vor und nach Eröffnung der Bauchhöhle dieselbe war, obgleich ein gehöriger Abstand zwischen Brustwand und Leberoberfläche bestand: ein Beweis, dass die „absolute Leberdämpfung nichts mit der Leber zu thun hat.“ Wurde Luft in die Trachea geblasen, so dehnte sich der sonore Percussionsston gerade bis zur untern Lungengrenze aus. Dasselbe geschah, wenn der Verf. die Leber ganz aus der Leiche entfernt hatte.

Aus diesen Thatsachen, nämlich, dass dort, wo die Brustwand in Berührung steht mit dem Lungengewebe, heller, an den anderen Theilen gedämpfter Schall entsteht, zieht Verf. den Schluss, dass der Percussionston des normalen Thorax fast allein von Schwingungen des Lungengewebes abhängig ist, die Brustwand nur geringen, die in den Lungen enthaltene Luft gar keinen Antheil daran hat.

Für absolut sicher hält Verf. ferner die Unabhängigkeit der „Leberdämpfung von der Leber“. Der helle Schall fehle dort, weil keine Theile unter dem Thorax liegen, die bei der Percussion einen hellen Klang geben, aber von Dämpfung im physikalischen Sinne darf nicht gesprochen werden. Dass die Kraft, mit welcher die Leber gegen den Thorax drückt, ungefähr gleich Null ist, beweist Verf. durch folgenden Versuch. Er drängt in eine nicht grosse Oeffnung in der Brustwand mit der Hand zwischen Gedärme und Bauchdecken bis zur Leber und überzeugte sich, dass das Organ ohne Druck auszuüben gegen den Thorax anliegt. Um die sogenannte Dämpfung zu einer wirklichen zu machen, müsste er die Leber mit solcher Kraft an die Rippe drücken, wie sie in vivo unmöglich existiren kann.

Ebenso ist es mit der Herzdämpfung. Nachdem die Grenzen der Herzdämpfung sorgfältig percutirt und gezeichnet waren, wurde nach Eröffnung der Bauchhöhle in Diaphragma und Pericardium eine Oeff-

nung gemacht, wonach man sich überzeugen konnte, dass die Percussion die Grenzen der Lunge richtig angegeben hatte. Füllte Verf. dann den Raum zwischen Herz und Brustwand mit feuchter Watte aus, ohne dass dieselbe einen Druck ausübte, so erhielt er dieselben Percussionsgrenzen wie vor der Oeffnung des Diaphragma. Dehnte Verf. die Lunge durch Luftzufuhr aus, so wurde die Herzdämpfung kleiner und umgekehrt.

Hierdurch liefert Verf. den Beweis, dass die „Herzdämpfung" nicht abhängt von der Anwesenheit des Herzens, sondern von der Abwesenheit der Lunge und erinnert an die bekannte Geschichte, wie Piorry die Grenzen der Herzdämpfung am Kadaver percutirte, um Magendie den Werth der Percussion zu beweisen. Als er zur Controle die Brusthöhle öffnete, war kein Herz da, weil Magendie es vorher sorfältig aus der Leiche entfernt hatte.

Gerke (Amsterdam).

---

113. **Franz Riegel, Beitrag zur Lehre von der Herzthätigkeit** (II). Aus der medic. Klinik in Giessen. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 28, S. 323.)

In einer früheren Arbeit (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 27, S. 393, Ref. in dies. Centralbl. Jahrg I, S. 663) haben Riegel und Lachmann auf experimentellem Wege nachgewiesen, dass das von andern Autoren als Hemisystolie gedeutete Symptomenbild (doppelter Herzstoss und doppelter Venenpuls bei nur einfachem Arterienpulse) durch eine beide Herzhälften in gleicher Weise betreffende Herzbigeminie zu erklären sei, und dass diese Herzbigeminie sich in die Vene deutlich fortpflanzen könne, während in der Arterie eine zweite Welle oft kaum erkennbar sei. Die experimentellen Beweise wurden damals erst durch eine klinische Beobachtung gestützt. Seitdem hat R. mehrere Fälle beobachtet, die ebenfalls Uebereinstimmung mit den experimentellen Thatsachen zeigten, und führt von diesen den folgenden an.

Ein 15jähr. Mädchen, welches im Gefolge eines Gelenkrheumatismus seit 5 Monaten an Beschwerden von Seiten des Herzens gelitten, die in letzterer Zeit beträchtlich zunahm und mit Oedemen einhergingen, kommt in Behandlung mit folgenden Erscheinungen. Starke Dyspnoe, beiderseitige Venenundulation am Halse, diffuse wellenförmige Bewegungen der vorgewölbten Herzgegend, Herzdämpfung nach beiden Seiten bedeutend verbreitert, den im 7. Intercost.-Raum sichtbaren Spitzenstoss nicht überragend, an der Herzspitze ein langgezogenes systolisches Geräuch, in der Gegend der Tricuspidalis ein etwas schwächeres systolisches Geräusch, 2. Pulmonalton sehr verstärkt; daneben geringe Stauungserscheinungen. Nach längerer Beobachtung nehmen die Symptome der gestörten Circulation zu, und die Herzaktion wird unregelmässig in Bezug auf Stärke und Frequenz. Allmählig entwickelt sich in exquisiter Weise der erwähnte Symptomencomplex: Zweien Herzkontraktionen und zweien Venenpulsen (80 pro Min.) entspricht nur Ein

Arterienpuls (40). Graphisch aber lässt sich bei wiederholten Untersuchungen eine Arterienwelle nachweisen.

Nach den klinischen Erscheinungen war die Annahme einer Insufficienz der Mitralis wahrscheinlich, Insufficienz der Tricuspidalis aber mit hochgradiger Dilatation und Hypertrophie des R. Ventrikels unzweifelhaft. Wegen des grossen Missverhältnisses zwischen der angeblichen Dauer des Herzleidens und der Hochgradigkeit der Erscheinungen und wegen der deutlich sichtbaren Herzbewegungen in der ganzen Ausdehnung des Herzens war die Möglichkeit einer Pericardialverwachsung wohl erwogen worden, doch fehlte jegliches andere charakteristische Symptom dafür. Bald nach dem Auftreten der Herzbigeminie erfolgte unter Collaps der Tod. Bei der Section fand sich als Ursache der auf sämmtliche Herzabschnitte ausgedehnten Dilatation und Hypertrophie eine „totale Obliteration des Herzbeutels nebst ausgedehnter Verwachsung seiner Aussenfläche mit der vorderen Brustwand", ferner relative Insufficienz der Tricuspidalis, leichte Endocarditis der Mitralis in Form von körnigen Wucherungen auf dem freien Rande. Wiewohl der Schliessungsrand der Mitralklappe unversehrt war, hält R. doch an der bei Lebzeiten diagnosticirten Schlussunfähigkeit fest, indem er glaubt, die Klappe sei in Folge der Dilatation der L. Kammer bereits insoweit insufficient gewesen, dass nicht mehr die Schliessungsränder, sondern erst die freien Ränder die gegenseitigen Berührungspunkte bildeten.

Während der letzten Lebenswoche wurde fast konstant „ein zweitheiliger Herzstoss, ein zweitheiliger Venenpuls bei nur einfachem und zwar mit der ersten Herzwelle korrespondirenden Arterienpulse beobachtet", also die sogenannte Hemisystolie der Autoren. Der Umstand jedoch, dass graphisch noch eine dem 2. Spitzenstoss entsprechende Pulswelle nachzuweisen war, bewies, dass der Schluss der Autoren aus dem Nichtfühlbarsein der 2. Arterienwelle auf eine Nichtbetheiligung des L. Ventrikels am 2. Herzchoc unberechtigt war. Die mit dem Sphygmographen unmittelbar nacheinander sowohl vom Herzstoss, als von der Vene und Arterie aufgenommenen Bilder stimmen überein mit den früher bei Thierversuchen gewonnenen kymographischen Kurven, fallen also derselben Deutung (als Herzbigeminie) anheim. Bei den Herzchoc-Kurven ist der diastolische Schenkel der ersten Welle verkürzt, weil verfrüht eine neue Systole, und erst dieser „eine vollständigere Diastole, die scheinbare Pause" folgt. (Cf. die Kurven im Orig.) Ebenso findet sich im Venen- und Arterienpuls, in ersterem nur viel deutlicher ausgeprägt eine „zu früh unterbrochene Diastole und verfrühte zweite Systole, also echter Bigeminus". Der L. Ventrikel muss also auch an dem 2. Herzstoss betheiligt gewesen sein. Für die Grössenunterschiede der zweiten Wellen des Herzchocs, der Vene und Arterie ist bereits in der früheren Abhandlung die Erklärung gegeben worden. Wie bei den Thierversuchen, so trat auch hier die Bigeminie mit einer beträchtlichen Pulsverlangsamung (bis annähernd zur Hälfte der vorherigen Zahl) auf.

Zum Schluss führt R. noch einen Fall an, „der zeigt, dass trotz doppelter Spitzenstösse auch bei sorgfältigster graphischer Aufnahme der Pulskurve in letzterer die zweite Welle völlig fehlen kann". Venen-

pulse waren in diesem Falle nicht vorhanden. Nach der graphischen Aufnahme betrug die zweite Erhebung des doppelten Spitzenstosses kaum ein Drittel der Höhe der ersten. Es begreift sich dass diese zweite Herzwelle in der Arterie keine nachweisbare Erhebung mehr hervorrufen konnte. In dem obigen Falle hatte die zweite Herzchoc-Welle die gleiche, ja bisweilen sogar eine grössere Gipfelhöhe wie die erste. Bei beträchtlicher Kleinheit der 2. Herzwelle kann also die 2. Welle im Arterienrohr völlig fehlen. Auch diese Thatsache steht mit den Resultaten der experimentellen Untersuchung im Einklang.

Stintzing (München).

---

114. **W. Kernig, Ein Fall von primärem Pankreaskrebs.** (St. Petersb. medicin. Wochenschr. 1881. No. 4.)

K. gibt die Krankengeschichte und den Sektionsbefund eines Falles von Krebs des Pankreas und der Leber.

Der Tumor des Pankreas (kleiner Apfel-grosser Markschwamm) war zeitweilig deutlich palpabel. Der intensive Ikterus zeigte sich bedingt durch die Kompression des ductus choledochus durch den Tumor. „Die Krebsknoten in der Leber erschienen bei der Sektion offenbar jüngeren Datums als der Tumor im Pankreas“.

E. Bardenhewer.

---

115. **Gosselin und Bergnon, Ueber die antiseptischen Eigenschaften der alkoholischen Lösung von Gaultheriaöl.** Sur les propriétés antiseptiques de la solution alkoholique de gaulthéria. (Archives génerales d. méd. 1881, S. 16. Ref. aus Bull. gén. de Thérapeutique. 1881. Bd. 100. S. 335.)

G. und B. benutzten alkoholische Lösungen von Gaultheriaöl (von Gaultheria procumbens). Die eine enthielt auf 50 grm 60 procentigen Alkohol 5 grm Oel, die andere wurde dargestellt durch Zusammenbringen von 2,5 grm Oel, 100 grm Alkohol und 50 grm Wasser. Diese Lösungen wirken fäulnisswidrig, Gosselin und Pévier bedienten sich derselben mit Vortheil zur Wundbehandlung.

Schulz.

---

116. **L. Théobald, Das Atropin bei der Behandlung acuter Mittelohrentzündung.** De l'atropine dans le traitement de l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne. (Arch. médical. belges. 1880. Décembre. Ref. aus Bull. gen. d. Thérapeutique. 1881. Bd. 100. S. 335.)

Nachdem Verf. bereits den günstigen Einfluss des Atropin bei Entzündungen des äusseren Gehörgangs beobachtet, wandte er dasselbe

auch bei den acuten, schmerzhaften Mittelohrentzündungen an, zumal bei Kindern und bei der nach febrilen Exanthemen auftretenden heftigen Otitis. Verf. lässt in das Ohr einträufeln 8—10 Tropfen einer wässerigen Atropinlösung (0,1 : 10,0) und 10—15 Minuten im Ohre verweilen. Je nach Umständen können die Instillationen alle 3 bis 4 Stunden wiederholt werden. Bei noch intactem Tympanum sah Verf. nie Allgemeinerscheinungen auftreten, in einem Fall von Perforation des Trommelfells wo das Mittel nochmals beiderseitig angewandt wurde, stellte sich Dilatation der Pupille ein. Jedoch lässt Verf. es unentschieden, ob das Atropin nicht von der Patientin, Mädchen von 4 Jahren, mit den Fingern direct ins Auge gebraucht sei. Verf. hat bei seinem eigenen Kinde die Wirksamkeit des Atropin bei Otitis constatirt.

Schulz.

---

117. **Dr. Simanofsky, Tinctura convallariae majalis bei Herzneurosen.** (Klinische Wochenschrift. Esgenedelnaja klinitscheskaja gaseta 1881. No. 10.)

S. hat bei einer 30jährigen Frau, die seit 10 Monaten an Herzkrämpfen (angina pectoris) litt, einen guten Erfolg von Gebrauch der Convallariatinctur beobachtet. — Pat. war in Folge ihrer Krankheit stark heruntergekommen, schlaflos, jeder Arbeit unfähig geworden. Die Respiration beschleunigt, bis 48 in 1 Minute, der Puls klein, weich, frequent bis 116 in 1 Minute. Mässige Dilatation der Vorhöfe und des rechten Ventrikels. Nachdem die in solchen Fällen gebräuchlichen Mittel erfolglos angewandt waren, wurde Tinctura convall. majalis (10 Tropfen 4 mal täglich) verordnet. — Nach einer Woche schwanden die Anfälle vollständig, Pat. konnte liegend schlafen und fühlte sich sehr wohl; die Dilatation des Herzens hatte sich vermindert.

Krusenstern (Petersburg).

---

118. **Chirone Vincenzo, Ricerche sperimentali sull' azione biologica della Picrotina o Idrato di picrotoxide.** Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Picrotins oder Picrotoxydhydrats. (Annali universali di Medicina e Chirurgia. 2. Heft. S. 128—157.)

Das Picrotin oder Picrotoxydhydrat ist ein Derivat des Picrotoxins, aus dem letztern dargestellt durch Paternò und Oglialoro. Dass das Picrotoxin kein einfacher Körper ist, haben auch Barth und Kretschy nachgewiesen, die aus demselben 3 Stoffe isolirten: 1. Picrotoxin, ein toxisch wirkender Bitterstoff; 2. Picrotin, ein nicht giftiger Bitterstoff; 3. Anamirtin, ein weder bitterer noch giftiger Stoff. Das nach dem Experimenten Fleischl's unschädliche Picrotin soll identisch mit dem von Paternò und Oglialoro dargestellten Picrotoxydhydrat sein und die von Letzterem gefundene Giftigkeit dieses Stoffes auf Verunreini-

gung mit Picrotoxin zurückgeführt werden müssen. Ch. hält indess die Experimente Fleischl's für nicht beweisend, da er mit zu kleinen Dosen experimentirt habe. Er hat mit zwei, von Ogialoro erhaltenen Präparaten von Picrotoxydhydrat, von denen das eine einer dreimaligen, das andere einer viermaligen Umkrystallisation unterworfen worden war, eine Reihe von Experimenten an Kalt- und Warmblütern gemacht, und zwar hat er das Mittel den Versuchsthieren meist subcutan injicirt; in einigen Fällen hat er es in eine grössere Vene eingespritzt oder direct in den Magen gebracht. Erschwert wurden die Experimente durch die geringe Löslichkeit des Stoffes in kaltem Wasser und Glycerin; in kochendem Wasser ist er leicht löslich. Die Resultate seiner Untersuchungen sind folgende. Das Picrotoxydhydrat wirkt stärker auf Kalt- als auf Warmblüter, besonders stark auf Fische. $^{3}/_{10}$ mgr subcutan injicirt, genügten zur Tödtung eines 25 gr schweren Fisches, während bei einem Hunde von 4 kgr 50 ctgr nöthig waren, um einen gleichen Effect zu erzielen. Seine Wirkung ist im Durchschnitt etwa 30 mal schwächer als die des Picrotoxins; am geringsten ist der Unterschied bei den Kaltblütern (wie 1 : 10), am stärksten bei Kaninchen (wie 1 : 75). Im Uebrigen sind die Vergiftungssymptome bei beiden Stoffen nahezu gleich. Beide rufen epileptiforme Anfälle hervor, die beim Picrotoxydhydrat gewöhnlich durch Erbrechen eingeleitet und von Urinentleerung begleitet werden; beide bewirken vor dem Anfall Hyperaesthesie, nach demselben Anaesthesie; bei beiden tritt während des Anfalls erhebliche Schwächung oder Aufhebung der Herzthätigkeit und Stillstand der Athembewegungen ein. Beide Stoffe wirken in verschiedener Weise auf verschiedene Thierspecies, das Picrotoxin am stärksten auf Kaninchen, das Picrotoxydhydrat auf Fische; Meerschweinchen zeigen gegen beide Stoffe grosse Widerstandskraft. Die Unterschiede in der Wirkung Beider sind nach Ch. hauptsächlich folgende: das Picrotoxin erzeugt stets convulsivische Bewegungen des Augapfels und der Zunge, das Picrotoxydhydrat zuweilen, aber nicht immer; durch Ersteres werden besonders die Muskeln des Halses und des Rückens in krampfhafte Erregung versetzt und es entsteht Opisthotonus, Letzteres wirkt ebenfalls auf die Muskeln des Halses, aber, wenigstens im Anfang, nicht auf die des Rückens, so dass sich öfters Emprosthotonus entwickelt. Charakteristisch ist für die Picrotoxydhydratvergiftung die aufrechte Stellung der Thiere auf den krampfhaft ausgestreckten Extremitäten mit gesenktem Kopf und gebeugtem Rücken. In einigen Fällen wurde starke Salivation und Mydriasis beobachtet, welche letzere aber kurz vor dem Tode in Myosis überging. Die Leichenstarre trat stets sehr rasch ein; schneller als nach Picrotoxinvergiftung; die Section ergab regelmässig starke Hyperämie der Meningen, des Gehirns und Rückenmarks. Von den beiden Präparaten, welche Ch. anwandte, zeigte das viermal umkrystallisirte stärkere toxische Eigenschaften.

Um den Mechanismus der Wirkung des Picrotoxydhydrats zu studiren, machte Ch. verschiedene Versuche an decapitirten Fröschen und an Tauben, denen die Grosshirnhemisphären abgetragen waren. Er fand im Ganzen dieselben Erscheinungen, und zwar meist noch stärker ausgeprägt wie bei den unverletzten Thieren; es schien, dass bei zwei decapitirten Fröschen, denen 5 resp. 10 mgr Picrotoxydhydrat

eingespritzt wurden, die Erregbarkeit länger erhalten blieb, als bei einem andern, der nach der Decapitation sich selbst überlassen wurde. Ch. ist nach seinen Experimenten der Ansicht, dass das Picrotoxydhydrat, wie das Picrotoxin, hauptsächlich auf Medulla oblongata und Rückenmark einwirkte. Zu therapeutischen Versuchen gibt er dem Ersteren, seiner schwächeren Wirkung wegen, den Vorzug.

Brockhaus (Godesberg).

---

119. **C. Binz** (Bonn), **Ueber die Anwendung und Darstellung des gerbsauren Chinins.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 9.)

B. recapitulirt seine und die Erfahrungen Anderer über die Wirksamkeit der Chininsalze bei Keuchhusten, und erinnert daran, dass man grössere Dosen nehmen, d. h. Kindern 2 bis mehreremal täglich so viel Decigramm, als sie Jahre zählen, geben müsse, um die Anfälle wesentlich zu vermindern. Die grosse Bitterkeit der Chininsalze erschwert ihre Anwendung in der Kinderpraxis. Das Chinintannat ist ungleich weniger bitter, dasselbe zeigt sich ebenso wirksam wie die anderen Salze. Wenn es aus reinen Chinoidinsalzen dargestellt wird, kann ausserdem sein Preis erheblich billiger werden, und empfiehlt sich daher ein solches Chinintannat zu ausgebreiteterer Anwendung.

R.

---

120. **Gordon, Ueber den Einfluss der Faradisation auf gesteigerte Schweissabsonderung.** (Wratsch 1880. No. 20.)

Verf. hat bei 7 Patienten, welche an starker Schweissabsonderung an Fusssohlen und Hohlhand litten, mit Erfolg den Faradisationsstrom gebraucht: in 2 Fällen wurde die Absonderung des Schweisses bedeutend geringer, in 5 Fällen vollständig normal. Die genaue Untersuchung der krankhaften Hautstellen vor der Faradisation ergab, dass das Tastgefühl (durch den Weber'schen Cirkel bestimmt), die electrische Reizbarkeit und die Temperatur herabgesetzt waren. Nach der systematischen electrischen Behandlung aber trat normale Hauttemperatur und Steigerung der Sensibilität der Haut ein.

Krusenstern (Petersburg).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **11. Mai.** **Nro. 9.**

121. Grawitz, Die Theorie der Schutzimpfung. (Virch. Archiv Bd. 84. S. 87.)

Die vom Verfasser gemachten Beobachtungen (S. dieses Centralbl. 1880. No. 5.) über die Möglichkeit einer allmählichen Accomodation von Schimmelpilzen aus ihrer sauren und kalten Umgebung an den alkalischen und warmen Nährboden des Blutes, gaben die Grundlage zu den folgenden Experimenten, die klarlegen sollten, wodurch die Immunität gegen die Pocken durch die Schutzimpfung bedingt ist.

Bei Thieren, denen eine klare, von Pilzen befreite oder eine Nährlösung mit Pilzen ins Blut injicirt war, die durch Digeriren ihrer Keimkraft beraubt waren, wurde nach Tagen und Wochen eine Transfusion mit malignen Pilzen vorgenommen mit dem Resultat, dass sämmtliche Thiere an allgemeiner Verschimmelung zu Grunde gingen.

Das gleiche Ergebniss trat ein, wenn die erste Injection mit physiologisch schwachen Varietäten der Pilze, d. h. mit solchen gemacht war, die nur eine kurze Strecke auf dem Wege zur Accomodation zurückgelegt hatten.

Waren aber gleich physiologisch starke Varietäten gewählt,

dann hatte eine spätere Impfung mit malignen Pilzen kein Resultat, die Thiere blieben gesund.

Noch sicherer trat dieses Resultat ein, wenn zur ersten Transfusion die malignen Pilze in sehr hochgradiger Verdünnung gewählt waren, es hatte dann die zweite Einführung grösserer Quantitäten selbst dann keinen Erfolg, wenn colossale Mengen injicirt wurden. Es fragt sich nun, worauf die Immunität beruht. Sie kann nicht beruhen darauf, dass durch die erste Injection ein Substrat aus dem Blute verbraucht würde, welches zur Keimung der zweiten transfundirten Pilzmasse nöthig wäre, dagegen spricht, dass durch die wenigen zuerst injicirten Sporen nicht der Stoff ganz verbraucht werden kann, der bei acuter Verschimmelung zur Ernährung zahlloser Sporen hinreicht, dass eine Peptonlösung durch einen auf ihr wuchernden Pilzrasen nicht alterirt wird etc. Auch gegen die Vorstellung, dass durch die erste Transfusion ein Stoff gebildet würde, der wie bei ber Alkoholgährung die später beigebrachten Pilze in ihrer Entwickelung schädige, lässt sich mit Erfolg Verschiedenes einwenden. Dass das Blut nach einer solchen ersten Injection nichts an reiner Nährkraft für Pilze verloren hat, konnte Verf. dadurch zeigen, dass es ihm gelang, auf solchem Blute ausserhalb des Körpers Pilzrasen zu züchten.

Weiterhin gelang auch der Nachweis nicht, dass etwa die körperlichen Bestandtheile des Blutes, oder dass sonstige zelligen Bestandtheile des Organismus nach irgend einer Richtung erheblich verändert wären, so dass daraus etwa die Immunität abgeleitet werden könnte.

Verf. gelangte nun zu folgender Vorstellung. Die Beobachtung, dass die verschiedenen Zellen des Organismus sehr verschieden auf eine gewöhnliche allgemeine Verschimmelung, aber constant in derselben Weise reagiren, beweist, dass das eine Gewebe im hohen Grade vulnerabel ist, das andere wenig empfänglich, oder ganz immun. Diese Thatsache lässt es wahrscheinlich werden, dass für gewöhnlich sehr vulnerable Zellen durch einmaligen relativ schwachen Angriff seitens der Pilzelemente in ihrer Widerstandsfähigkeit gegen einen zweiten Angriff gestählt werden und Verf. behauptet daher, dass die Immunität nach präventiver Impfung entsteht durch Anpassung der Gewebszellen an das Assimilationsvermögen der Pilze. Und eine gleiche Wirkung spricht er der Schutzimpfung gegen die Pocken zu.

Ribbert.

---

122. **S. J. Afanassjew, Ueber die Behandlung von Typhuskranken mit langdauernden lauen Bädern.** Aus der propädeutischen Klinik von Prof. W. A. Manasseïn. (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1881. Nr. 7.

A. bestätigt die guten Erfolge, welche Niess mit dieser Behandlungsweise erzielt hat.

„Indem wir uns den Verhältnissen des Hospitales anpassten, und auf die subjektive Empfindung der Kranken Rücksicht nahmen, wandten wir in der Mehrzahl der Fälle (im Ganzen 7) Bäder von nur dreistün-

diger Dauer an und wiederholten dieselben zwei Mal täglich, so lange die Temperaturen hoch waren (in recto 38,6). Nur in seltenen Fällen betrug die Dauer der Bäder mehr als drei Stunden; einige Bäder dauerten weniger lang. Die Temperatur der Bäder betrug gewöhnlich 25° R. (31¼° C.); aber in Berücksichtigung der Individualität und der subjectiven Empfindungen der Patienten steigerten wir zuweilen die Temperatur auf 33° C., in einigen seltenen Fällen sogar auf 35° C., und zwar immer mit günstigem Erfolge.

Der Verlauf der Krankheit im Allgemeinen war ein günstiger. A. hebt besonders hervor, dass der Appetit vollkommen erhalten war, so dass die Kranken während der ganzen Dauer des typhösen Prozesses gerne assen.

Was speciell die Wirkung der Bäder auf die Körper-Temperatur anbetrifft, so zeigten sich bei den 114 Bädern folgende Herabsetzungen:

2	Mal	um	3,2° C.	24	Mal	um	1,5° C.
7	„	„	3,0° „	23	„	„	1,0° „
21	„	„	2,5° „	3	„	„	0,5° „
34	„	„	2,0° „				

In den späteren Stadien genügen kürzere Bäder; Abends sank die Temperatur bedeutender als Morgens, u. s. w. Eine Tabelle veranschaulicht die erzielten Resultate.

Mit der Temperatur sanken Puls- und Respirationsfrequenz (2 Curven).

Bemerkungen über die Lagerung der Kranken sind im Original nachzusehen.

„In Anbetracht der glänzenden Resultate, der Bequemlichkeit für die Patienten und der geringeren Beschwerlichkeit für das Wartepersonal glauben wir, dass langdauernde lauwarme Bäder in beträchtlichem Grade die üblichen kalten Bäder verdrängen müssen".

E. Bardenhewer.

---

123. **M. Raynaud, Note sur un cas de mort paraissant avoir été causée par un accès d'hysterie en forme hydrophobique.** Bemerkungen über einen Todesfall, anscheinend hervorgerufen durch einen hysterischen Anfall unter dem Bilde der Hydrophobie (L'Union médicale. 1881. Nr. 37.)

Eine 33 jährige unverheirathete Person litt seit einer Reihe von Jahren an einem chronischen Eczem der Füsse, ausgehend von einer Entzündung der Nagelmatrix der beiden ersten Zehen, sowie an ausgesprochener Hysterie (Lach- und Weinkrämpfe, Convulsionen, Hyperaesthesie etc.). Nach der im Jahre 1874 nöthig gewordenen Exstirpation eines eingewachsenen Nagels hatte sich Lymphangitis des Beines

und ein Abscess in der Leiste ausgebildet. Die Spaltung des Letzteren gab Veranlassung zu heftigen hysterischen Anfällen. Im Beginn des Jahres 1876 zeigten sich während eines Anfalls die ersten Symptome, wie sie der Hydrophobie eigenthümlich sind: heftiger Durst, Unmöglichkeit, einen Tropfen Flüssigkeit zu schlucken, Zittern und angstvoll verzerrte Gesichtszüge bei der Annäherung eines Glases an die Lippen. Der Anfall ging vorüber und machte dem früheren Befinden Platz. Zur Bekämpfung des Ersteren war Morphium angewandt worden und hatte Pat. an diesem Mittel solches Gefallen gefunden, dass sie es, trotz aller dagegen gerichteten Bemühungen der Aerzte, weiter nahm und zwar in einer Dosis von wenigstens 10—12 ctgr täglich. Das Eczem der Füsse bestand fort, besonders an der Matrix und dem Falze der Nägel und musste R. an diesen Stellen öfters, um ein in die Tiefe Greifen der Entzündung zu verhüten, kleine Stückchen Haut excidiren, was jedesmal von guter Wirkung war. Die letzte dieser kleinen Operationen war am 20. Jan. 1881 gemacht worden. Am 22. Jan. ein neuer, dem oben beschriebenen ganz ähnlicher Anfall, eingeleitet durch eine einmalige Temperaturerhöhung bis 39° C. und starke Dyspnoe. Die Untersuchung der Lungen und des Herzens ergab nichts Abnormes. Die Dyspnoe steigerte sich zu einer gefahrdrohenden Höhe: Starke Cyanose des Gesichts, singultusähnliche Athemzüge, Schaum vor dem Munde, Unvermögen zu sprechen, kleiner aussetzender Puls. Zugleich bestanden die beschriebenen hydrophobischen Symptome. Ausserdem klagte Pat. über einen heftigen, auf Druck unerträglich werdenden Schmerz rechts neben dem dritten Dorsalwirbel. Nach Application eines Vesicans liess derselbe nach, dafür entstand am folgenden Morgen heftiger Schmerz mit Steifigkeit im Nacken und Trismus. So blieb der Zustand mit einigen kurzen Remissionen, in denen es möglich war, der Kranken einige Löffel Flüssigkeit beizubringen, bis zum Morgen des 25. Januar, wo in einem neuen Anfall von Asphyxie der Tod eintrat. Das Bewustsein war bis kurz vor dem Tode erhalten. Zugleich mit dem ersten Anfall war die seit einem Jahr cessirende Periode wieder eingetreten. Die Autopsie wurde nicht gestattet. In der Epikrise führt R. aus, dass eine genaue Anamnese Nichts ergeben hat, was den Verdacht auf wirkliche Lyssa gerechtfertigt hätte. Impfversuche, mit dem Speichel der Verstorbenen an 2 Kaninchen ausgeführt, hatten negativen Erfolg. Gegen Tetanus, den man sich als verursacht durch die kleine Operation an den Zehen denken könnte, spricht zunächst, dass Letztere zu wiederholten Malen gemacht worden ist, ohne ähnliche Anfälle hervorzurufen. Ferner war der Krampf auf eine bestimmte Gruppe von Muskeln (Kau-, Nacken- und Athmungsmuskeln) beschränkt. Es fehlten die dem Tetanus charakteristischen intermittirenden allgemeinen Muskelkrämpfe, Opisthotonus etc. Die bei der Kranken beobachtete singultusartige Respiration ist ebenfalls kein dem Tetanus eigenthümliches Phaenomen. Endlich fehlte, abgesehen von der anfänglichen Temperatursteigerung, die den Starrkrampf fast regelmässig begleitende enorme Erhöhung der Körperwärme. Es bleibt also nur die Hysterie als erklärendes Moment, bei der allerdings derartige letal endigende Anfälle bis jetzt so gut wie gar nicht beobachtet sind. R. ist nicht abgeneigt, dem lange Jahre fortgesetzten Morphium-

missbrauch einen geringen Einfluss zuzuschreiben, und präcisirt schliesslich die Diagnose dahin: Anfall von tödtlicher Hydrophobie bei einer unter dem Einfluss der Hysterie und des Morphinismus stehenden Person.

Brockhaus (Godesberg).

---

124. **Dr. J. Gottstein** (Privatdocent in Breslau), **Ueber den Werth der Inhalation medicamentöser Stoffe.** (Bresl. ärztl. Zeitschr. 1881. Nr. 8.)

G. hält die Brauchbarkeit der Methode, zerstäubte Flüssigkeiten zu inhaliren für „sehr zweifelhaft, ja geradezu entbehrlich". Die Substanzen können nur in grossen Verdünnungen angewandt und der Procentgehalt, sowie die wirklich angewandte Dosis nicht sicher berechnet werden. Dieselben können in ihrer Application nicht auf die kranken Stellen beschränkt werden.

G. betrachtet als das Wirksamste bei allen Inhalationen mit Dampfappraten den warmen Wasserdampf und präcisirt ihre Anwendbarkeit dahin, dass 1. in Fällen acuter Laryngitis und Bronchitis, die durch spärliche Secretion ausgezeichnet sind und bei denen der Kranke vom Gefühle der Trockenheit und von lästigem Hustenreize gequält wird, durch Inhalation salzhaltiger Wasserdämpfe die Beschwerden erleichtert, der Krankheitsverlauf aber nicht abgekürzt werden kann; 2. bei jener Form der Laryngitis, bei der das Secret wegen seiner Wasserarmuth Neigung hat, im Larynx einzutrocknen und Borken zu bilden, die selbst durch angestrengte Expectoration nicht entfernt werden, der Application geeigneter Medicamente vermittelst des Schwammes, Pinsels etc. Inhalationen von Salzlösungen mit Vortheil vorangeschickt werden; 3. die Expectoration in allen Fällen von Larynx-, Tracheal- und Bronchialerkrankungen, bei denen das Secret von den Kranken nur schwer herausgeschafft wird, durch Inhalationen befördert wird.

Die permanente Inhalation flüchtiger Stoffe mit Bäschlin'schen Respiratoren hält G. entschieden für nützlich, glaubt aber den Feldbausch'schen, in die Nase einzuschiebenden, Apparaten einen ausgedehnten Nutzen nicht vindiciren zu können.

R.

---

125. **Prof. S. Botkin, Ueber die auskultatorischen Erscheinungen bei Stenose des linken Ostium venosum und über die Dämpfung des Percussionsschalles im oberen Theile der linken Parasternallinie.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1881, Nr. 9.)

Die Mannigfaltigkeit der bei Stenose des ostium venosum sinistrum auftretenden auskultatorischen Erscheinungen ist eine sehr grosse. B. beobachtete einen Fall, in welchem gar kein Geräusch zu hören war;

es bestand nur ein scharf accentuirter 2. Pulmonalton. In einem anderen Falle verschwand das bestehende scharfe, präsystolische Geräusch in den ersten zwei Wochen; der Accent beim 2. Ton der Pulmonalarterie dauerte fort und an der Herzspitze war ein leichtes Schnurren zu palpiren. Bei der Sektion zeigte sich die Stenose so hochgradig, dass die Spitze einer Gänsefeder in die Oeffnung nicht eindringen konnte. Zugleich bestand eine Insufficienz der Aortaklappen; die Symptome derselben bestanden in deutlicher Weise während der ganzen Beobachtungszeit. Wäre der Kranke einige Tage später der Klinik zugegangen, so wäre nur die Insufficienz der Aortaklappen erkannt worden; nur die Vergrösserung des Querdurchmessers des Herzens hätte vielleicht einen Zweifel an der isolirten Erkrankung der Aortaklappen aufkommen lassen. Viel häufiger beobachtet man umgekehrt das Verschwinden der Symptome einer Insufficienz der Aortaklappen, wenn im Verlauf der Krankheit sich die Endokarditis ausbreitet und eine Stenose des linken venösen Ostium setzt; es verschwindet dann nicht selten mit dem Auftreten des charakteristischen Geräusches an der Herzspitze das diastolische an der Aorta, während die Vergrösserung im Längsdurchmesser der Herzdämpfung fortbesteht.

In recht vielen Fällen von Mitralstenose folgen sich die Töne und Geräusche so schnell, dass sie nicht zu entwirren sind; insbesondere bei einer gewissen Geschwindigkeit der Herzkontraktionen sind die Entstehungsmomente der in einander übergehenden Töne und Geräusche nicht zu unterscheiden. „Ich habe diese Erscheinungen nur bei Stenose des linken Ostium beobachtet, und halte sie für ein pathognomonisches Symptom dieser anatomischen Läsion“.

In der Majorität der Fälle von Stenose des linken Ostium venosum finden sich das präsystolische Geräusch, die Accentuirung des systolischen Tones an der Herzspitze und des zweiten Tones der Pulmonalarterie.

Ist die Stenose sehr ausgebildet, so tritt besonders im Stadium der Kompensationsstörung neben dem präsystolischen ein an Charakter diesem ähnliches, aber kürzeres, weniger präcises und unbeständigeres, postsystolisches Geräusch auf, das präsystolische Geräusch wird durch sein Auftreten vor der Kontraktion der Ventrikel, also während der Zusammenziehung der Vorhöfe ausreichend erklärt. Das postsystolische kann nach B. nur in der Weise entstehen, dass der ausgedehnte und nicht genügend kräftige Vorhof auch nach erfolgter Ventrikelkontraktion sich weiter zusammenzieht; er hatte nicht die nöthige Zeit, das Blut durch das verengte Ostium zu treiben, und beendigt seine Arbeit erst, nachdem der Ventrikel sich kontrahirt hat. Die Voraussetzung einer Inkongruenz der Zahl der Kontraktionen des Ventrikels und des Vorhofs erscheint B. unter Berücksichtigung der von der Experimentalphysiologie gelieferten Thatsachen recht plausibel.

Neben der Vergrösserung der Herzdämpfung im queren Durchmesser finden sich in den meisten Fällen von Stenose des linken Ostium venosum die oberen Grenzen in der Parasternallinie höher als normal gelegen; es wird hier nicht selten eine mehr oder weniger scharf ausgeprägte Dämpfung angetroffen, welche manchmal gleich unter dem Schlüsselbein, manchmal aber auch 1—1$^1/_2$—2 Querfingerbreit unterhalb

desselben beginnt, und mit der absoluten Herzdämpfung auf der 3. Rippe zusammenfliesst. Dieselbe verschwindet zuweilen bei wiederholten Inspirationen; man hört dann zuweilen bei den ersten Athemzügen Subkrepitiren, welches bald verschwindet, gewöhnlich aber wieder auftritt, wenn der Kranke einige Zeit oberflächlich geathmet hat. Dieses Verschwinden der absoluten Herzdämpfung und das Auftreten von subkrepitirenden Geräuschen ist begründet im Kollaps des Lungengewebes am gegebenen Ort in Folge ungenügender Ausdehnung der Lungenzellen.

Diese begrenzte Atelektase der Lungen findet sich auch bei anderen Störungen der Herzthätigkeit, welche mit ungenügender Entleerung und Dilatation des linken Vorhofs verbunden sind. „Ich habe öfters eine Veränderung der Herzgrenzen in Anfällen von Stenokardie öffentlich demonstriren können; dann war gewöhnlich der Querdurchmesser der Herzdämpfung vergrössert, der Längsdurchmesser mehr oder weniger nach unten ausgedehnt. Wurde dabei die obere Grenze der Herzdämpfung nicht durch gesteigerte Thätigkeit der Inspirationsmuskeln maskirt, so konnte eine Ausdehnung des Längsdurchmessers auch nach oben konstatirt werden". Bei gehäuften Anfällen blieb die Dämpfung in der Parasternallinie auch nach Verschwinden derselben zurück; zuweilen blieb auch der Querdurchmesser des Herzens vergrössert. Bei den meisten Fällen von Palpitationen, welche mit Dyspnoe einhergehen, wird eine Dämpfung in der Parasternallinie und eine Vergrösserung des Querdurchmessers des Herzens gefunden.

Es scheint, dass in verschiedenen Fällen von beschleunigtem Herzrhythmus die einzelnen Herzabschnitte nicht gleichmässig ihren Inhalt entleeren. Die Anwesenheit nervöser (automatischer) Apparate in den verschiedenen Abschnitten lassen die Annahme einer Störung der Thätigkeit eines Theiles des Herzens zu. Tritt bei Herzpalpitationen Dyspnoe auf, so kann man annehmen, dass der linke Vorhof oder der rechte Ventrikel ungenügend arbeiten; stellt sich Dämpfung in der linken Parasternallinie ein, so spielen die nervösen Hemmungsapparate des linken Vorhofs eine wesentliche Rolle; vergrössert sich der Querdurchmesser der Herzdämpfung, so scheint der Hemmungsapparat des rechten Ventrikels die Ursache abzugeben; etwas Aehnliches würde B. für den linken Ventrikel annehmen, wenn sich dessen Volumen während der Anfälle vergrösserte. Endlich giebt es unzweifelhaft Fälle von Herzklopfen und Dyspnoe, in welchen während des Anfalls sämmtliche Herzhöhlen ihren Inhalt ungenügend entleeren und die Herzdämpfung sich nach allen Richtungen hin erweitert zeigt.

In manchen Fällen von Basedow'scher Krankheit liefert die genaue Beobachtung des Verlaufs Belege für eine solche Ungleichmässigkeit in der Energie der einzelnen Herzabschnitte.

E. Bardenhewer.

126. **E. Leyden, Beiträge und Untersuchungen über Morbus Brightii.** (Charité-Annalen. VI. Jahrg. St. 228—264.)

I. Ueber einen Fall von ausgebreiteter Arteriosclerose mit Herz- und Nieren-Erkrankung.

Im Anschluss an seine Untersuchungen (Zeitschrift für klin. Medicin. Bd. II. St. 133. Referat in diesem Centralblatt I. Jahrgang Nr. 27 St. 427), welche zu dem Resultat führen, dass es eine besondere chronische Nieren-Erkrankung giebt, welche von einer sclerotischen und hyalinen Degeneration in den Nieren-Arterien ihren Ausgang nimmt und schliesslich in Nierenschrumpfung endigen kann, theilt Verfasser eine jene Untersuchungen bestätigende und vervollständigende Beobachtung mit.

Ein 53jähriger, sehr kräftiger Mann, wird bewusstlos im Zimmer aufgefunden und in die Charité gebracht. Gehirn-Symptome lassen auf Apoplexie schliessen, der linke Ventrikel ist bedeutend hypertrophirt, radialis stark gespannt, der microscopische Befund im stark eiweisshaltigen Urin und Netzhaut-Veränderungen lassen auf Nierenschrumpfung schliessen. Exitus letalis am nächsten Tage. Befund bei der Obduction der klinischen Diagnose entsprechend. Es fand sich eine sehr hochgradige Arteriosclerose der mittleren Arterien des Aortensystems besonders an den Kranzarterien des Herzens und den Nieren-Arterien, welche in einer beträchtlichen Verdickung und Verhärtung der Gefässwandung bestand, so dass das Lumen der Gefässe erheblich verengt war. Die Nieren befanden sich im Zustande der sogen. rothen Granular-Atrophie. Microscopisch zeigten sich die von Gull und Sutton beschriebene hyaline Degeneration der kleinen Arterien mit Verengerung und theilweisem Verschluss des Lumens in hohem Grade ausgespfochen.

Am Herzen liess sich zunächst eine colossale Hypertrophie des linken Ventrikels nachweisen, wie sie sonst kaum bei den höchsten Graden von Nierenschrumpfung vorkommt und in diesem Falle in der hochgradigen Sclerose der Nieren-Arterie vor ihrem Eintritt in das Organ ihre Erklärung findet. Fernerhin fand sich eine sehr starke Sclerose der Kranzarterien vor und zahlreiche fibröse Plaques geringerer Grösse, welche mit Erkrankungen kleinerer Arterien-Zweige in Verbindung standen. Der Kranke litt während seines Lebens niemals an asthmatischen Beschwerden oder Angina pectoris, und bieten die nicht unerheblichen krankhaften Veränderungen des Herzens noch ein weiteres Interesse dadurch, „dass sie nicht nur kein Hinderniss für die Entwickelung einer colossalen Hypertrophie des linken Ventrikels abgegeben, sondern dass sie auch bis zuletzt keine Störung der Compensation veranlasst haben", in sofern als sie beweisen, „dass die Arteriosclerose der Kranzarterien an sich nicht ohne Weiteres für Functionsstörungen des Herzens verantwortlich gemacht werden kann", wie z. B. für Angina pectoris, Verlangsamung der Herzaction, für das sog. weakened heart etc. Solche Schlüsse seien also nach dieser Beobachtung nicht erlaubt, sondern „erst nachweisbare Störungen in der Er-

nährung der Herzsubstanz, wie sie aus fortgeschrittener Erkrankung der kleinen Arterien hervorgehen, dürfen als genügende Ursachen für Functionsstörungen des Herzens angeschuldigt werden“.

II. Einige Beobachtungen über die Nierenaffection nach Schwefelsäure-Vergiftungen.

Es werden die Urinbefunde von 2 Vergiftungsfällen mit Schwefelsäure mitgetheilt. Es fand sich „zunächst wesentlich eine Ausscheidung der zerstörten Blutbestandtheile, unmittelbar darauf aber eine reichliche Abstossung von Nierenepithelien mit Fibrincylindern, Blutkörperchen und Albuminurie, so dass die Entwickelung einer desquamativen Nephritis nicht zweifelhaft ist“. Diese Beobachtung widerspricht der Annahme Bambergers und anderer Autoren, welche eine Nephritis nicht gelten lassen wollen, sondern in der Harn-Veränderung „nur eine Ausscheidung der durch die Einwirkung des Giftes auf das Blut zerstörten Eiweiss- und Haemoglobinstoffe, in der Veränderung der Nieren eine Ablagerung dieser unbrauchbar gewordenen Substanzen in die Harnkanälchen“ sehen.

III. Ueber das zweite Stadium des Morbus Brightii, die fettige Degeneration (large white Kidney, chronische parenchymatöse Nephritis).

Die von Reinhard und Frerichs gegebene lange Zeit massgebend gewesene Eintheilung der anatomischen Veränderungen der Nieren bei Morbus Brightii kennzeichnet die wichtigsten Differenzen der 3 Krankheits-Stadien in grossen Zügen. Alle diese Krankheits-Stadien haben theils unter sich Bezeichnung, theils sind sie als für sich bestehende Zustände erörtert worden, meist nur unvollständig, etwas vollständiger die Nierenschrumpfung. Eben so wie für die letztere verschiedenartige Vorgänge vorliegen, ist es auch bei dem 2. Stadium, welches Zustände und Veränderungen umfasst, deren Gemeinsames die fettige Degeneration und Schwellung der Epithelien ist. Aus diesem Grunde spricht sich Leyden gegen die von Bartels für diese Zustände angenommene Beziehung „chronische parenchymatöse Nephritis“ aus, denn es handele sich nicht immer um Entzündung, sondern um Degeneration der Epithelien in Folge von insufficienter Ernährung und darum habe die Bezeichnung „zweites Stadium des Morb. Brightii“ den Vorzug, weil sie nichts über die Natur des Prozesses im einzelnen Falle präjudicirt.

Die fettige Degeneration und Schwellung der Epithelien kommt vor, ohne nachweisbare Entzündung

1. unter physiologischen Verhältnissen bei vielen Thieren (Hund, Rind, Katze u. s. w.);

2. wenn die Zufuhr arteriellen Blutes oder des Sauerstoffs beschränkt und somit die Ernährung insufficient ist, kommt es zu abnormem Zerfall der Gewebe mit Fett-Infiltration, wie z. B. bei der amyloiden Degeneration, welche wohl in das zweite Stadium gehört. Hier giebt die Gefäss-Erkrankung das Circulations-Hinderniss ab.

3. die Schwangerschaftsniere ist ebenfalls eine Folge von Circulations-Veränderungen nicht von Entzündung.

Die übrigen zum zweiten Stadium gehörigen Fälle lassen sich zunächst noch nicht in Gruppen zusammenstellen. Es giebt hier Fälle, wo ein Circulations-Hinderniss der alleinige pathologische Befund war, aber auch in denjenigen Fällen, wo die fettige Degeneration der Epithelien neben interstitiellen Prozessen besteht, hält Leyden die Degeneration für die secundäre Veränderung, bedingt durch Circulationsstörung in Folge der interstitiellen Entzündung, während Bartels das umgekehrte Verhältniss voraussetze, nämlich dass die Entzündung vom Parenchym auf das Interstitium übergreife.

Es werden im Folgenden 7 bezügliche Fälle (mit Obductions-Bericht) ausführlich mitgetheilt.

Die erste Beobachtung stellt das zweite Stadium der desquamativen Nephritis dar; dieselbe hat sich nach einer Pneumonie entwickelt. Die fettige Degeneration ist Folge der langen Dauer des Prozesses und der Circulationsstörung durch die Compression Seitens der afficirten Glomeruli. Im 2. Falle ist die Ursache der fettigen Degeneration eine Thrombose der Nierenvene. Im 3. und 4. Falle besteht ein bisher noch nicht beschriebener Prozess, nämlich eine Arteriitis obliterans der Nieren-Arterien. „Ausgehend von dem in der Spitze der calices gelegenen interpyramidalen Bindegewebe zeigte sich eine ziemlich starke kleinzellige Wucherung, in Zügen angeordnet und zwar konnte man innerhalb dieser zelligen Züge arterielle Gefässe erkennen, welche durch eine kreisförmig geschichtete zellenreiche Masse vollkommen obliterirt waren. Diese Obliteration erstreckte sich auf die Arterienstämme zwischen den Markpyramiden, von denen einzelne total obliterirt waren, sodann von hier auf die Stämme an der Basis der Pyramiden und selbst noch höher hinauf". Die elastica war hier und da verloren gegangen und der ganze Querschnitt erschien als eine homogene gelatinöse Masse; eine Zeichnung des microscopischen Bildes ist beigefügt. Die kleinen Aeste in der Rinde, ferner die glomeruli waren von diesem Prozesse frei geblieben". Eine Hypertrophie des linken Herzens mit Dilatation bestand ausserdem, ohne dass interstitielle Prozesse in den Nieren oder Schrumpfung der ausgebreitete Arterien-Erkrankung bestand.

Im 5. Krankheits-Falle besteht interstitielle Erkrankung nebenbei.

Im 6. und 7. Falle, welche beide ungeheilt die Charité wieder verliessen, spricht der reichliche Fettgehalt des Urins neben den anderen Erscheinungen für fettige Degeneration der Epithelien.

Die klinische Diagnose stützte sich auf mehrere Punkte: Im Urin starker Eiweissgehalt, reichliche Ausscheidung von Fett in Form von Fetttröpfchen und Fettkörnchenzellen, entweder einzeln oder mittelbreiten hyalinen Cylindern aufsitzend (dazu 2 Zeichnungen), ferner rothe Blutkörperchen (welche im Harn bei amyloider Degeneration nicht vorkommen). Das Sediment braucht nicht immer, wie Bartels meinte, reichlich zu sein. Fernere Symptome sind: deutlicher Hydrops trotz reichlicher Harnsecretion wachsend. Herz-Hypertrophien und Dilatation war nicht immer an interstitielle Processe gebunden, es liessen sich aber stets erhebliche Circulations-Störungen nachweisen. Urämische Erscheinungen wurden seltener, Retinitis nicht beobachtet. Der Verlauf ist meistens schleichend und protrahirt, die Entstehung führt auf ver-

schiedene Momente zurück. Die Prognose ist sehr ernst. Die Therapie hat bisher keine wesentlichen Erfolge erzielt. „Es gelingt durch schweisstreibende Kuren (Schwitzbäder und Pilocarpin) sowie durch Diuretica die Gefahren des Hydrops für längere Zeit hinzuhalten und hiermit ist in den Fällen, die einer Heilung resp. Ausgleichung fähig sind, die Möglichkeit hierfür offen gelassen, allein in der Mehrzahl der Fälle scheinen irreparable Circulations- und Ernährungsstörungen vorzuliegen, welche durch fortdauernden Eiweissverlust und durch anhaltenden Hydrops schliesslich doch zum Exitus letalis führen.

Bartold.

---

127. **L. Jugand, Cas d'aménorrhée complète chez une femme de 35 ans. Traitement par l'albuminate de fer. Grossesse.** Fall von completer Amenorrhoe bei einer 35 j. Frau. Behandlung mit Eisenalbuminat. Schwangerschaft. (L'Union médicale 1881. Nr. 41.)

Die betreffende Pat. war mit 17 Jahren einmal schwach menstruirt. Seit dieser Zeit stellten sich in monatlichen Intervallen die gewöhnlichen Menstrualbeschwerden ohne jede Spur von Blutung ein. Die verschiedensten Emmenagoga waren ohne Erfolg angewendet worden. Der zwei Jahre hindurch fortgesetzte Gebrauch von Eisen in Pillenform hatte nur die Wirkung gehabt, dass sich ernsthafte Verdauungsstörungen einstellten. J. constatirte zunächst normales Verhalten der Geschlechtsorgane und verordnete dann für einen Monat leichte, roborirende Diät, aber Abstinenz von jedem Medicament. Darauf gab er citronensaures Eisen in einer Eiweisslösung, später eine Lösung von Eisenalbuminat. Beides wurde gut vertragen; nach 6 Wochen zeigten sich die ersten Spuren einer menstruellen Blutung, dann folgten die Menses 4 mal regelmässig und reichlich, worauf normal verlaufende Schwangerschaft eintrat.

Brockhaus (Godesberg).

---

128. **T. S. Warren** (N.-York), **The Hystero-Neurosis of the stomach in Pregnancy**. Hystero-neurosis des Magens während der Schwangerschaft. (N.-Y. Med. Rec. 26. März 1881. S. 339.)

Wo das lästige Erbrechen der Schwangeren durch sorgfältige Regelung der Diät mit besonderer Berücksichtigung einer etwaigen Constipation nicht beseitigt werden kann, will W. durch die Sol. Fowleri den günstigsten Erfolg erzielt haben. Er gibt dieselbe in Tropfendosen nüchtern.

J. W. Warren.

---

129. **Dr. Fronmüller** (Medicinalrath in Fürth), **Einiges über Pilocarpin.** (Memorabilien. XXV. Jahrg. 12. Heft.)

Verf. hat von den verschiedensten Pilocarpin-Salzen (baldrian-, salicyl-, schwefel-, salpeter- und salzsaurem) sowie dem reinen Pilocarpin ausgedehnten Gebrauch gemacht, besonders von dem salzsauren Pilocarpin, und hat bei allen Affectionen, bei denen eine ausgiebige Vermehrung der Speichel- und Schweisssecretion wünschenswerth erschien, eine sichere, energische und bestimmt umgrenzte Wirkung gesehen.

Besonders günstig war die Einwirkung des Piloc. muriaticum bei den langdauernden und hartnäckigen Quecksilber-Vergiftungen, welche bei Arbeitern in Spiegelfabriken auftreten und unter der Form des Tremor mercurialis, seltener mit Salivation oder in Verbindung von Salivation und Tremor auftraten. Zwei Beobachtungen bei Erkrankungen ohne Speichelfluss werden des Nähern mitgetheilt. Bei dem ersten war der Tremor, wie dies gewöhnlich der Fall sein soll, plötzlich durch einen Schreck entstanden und nur sehr hochgradig, an der Beckenwand sowie am Gaumen bestanden ausgebreitete, w e i s s g r a u g l ä n z e n d e F l e c k e n der Mundschleimhaut, die Verf. als d u r c h A u f n a h m e v o n H g i n d i e E p i t h e l i e n s i c h e n t s t a n d e n erklärt und wie sie sich ähnlich auch bei Beivergiftungen finden. Nach 7-wöchentlicher Behandlung mit 6 Jaborandi Schwitzungen sowie 23 subcutanen Pilocarpin-Injectionen war Pat. von seinem Tremor geheilt. Der durch Pilocarpin erzeugte Speichel wurde einmal von Prof. H i l g e r in Erlangen nach der Ludwig'schen Methode untersucht und Quecksilber darin vorgefunden. Im zweiten Falle war der Tremor noch hochgradiger und veranlasst durch Arbeiten mit dem stark oxydirenden und daher besonders giftigen Almaden'schen Quecksilber. Nach 9 Wochen und 38 Pilocarpin-Injectionen à 0,02—0,03 alle zwei Tage, wurde Heilung erzielt.

Bartold.

---

130. **Eduard Fodeus, Ueber Anwendung des Natr. benzoicum beim Soor.** (Journal de médecin, de chirurgie et de pharmacologie. 1881.)

Verf. giebt die verschiedenen Krankheiten an, bei denen das Natr. benz. angewandt wurde, sodann die Art und Weise dieser Anwendung, und theilt 5 Fälle von Soor mit, bei denen er dieses Mittel mit konstantem Erfolg anwandte: Er umwickelt den Zeigefinger mit einem in eine Lösung von 3,0/25 aq. getauchtes Stückchen Leinwand und reibt damit die parasitären Produkte von der Mundschleimhaut ab. Dieses Verfahren wird am nächsten Tage, wenn nöthig, wiederholt. Daneben wird alle 2 St. dieselbe Lösung auf Zunge und Mundschleimhaut aufgepinselt. Hat die Affektion Pharynx und Oesophagus ergriffen, so kann man das Natr. benz. zu 3—5 gr innerlich geben. Daneben müssen die Störungen im Darmcanal bekämpft, und die Kräfte des Pat. erhalten werden.

Kohts (Strassburg).

---

131. **Scarpari Salvatore, L'elettricità nella coprostasi da atonia intestinale.** Die Electricität bei der Koprostase aus Darmatonie. (Annali universali di medicina e chirurgia. Heft 2. S. 97—115.)

Die Electricität ist schon lange und von verschiedenen Seiten gegen Obstructio alvi empfohlen worden; indess fehlte es an einer genauen Präcisirung derjenigen Formen, in denen sie indicirt ist. Gerade die unterschiedliche Anwendung in allen Fällen von Verstopfung, wie sie von einigen geübt wurde, und ihre Erfolglosigkeit in einer grossen Zahl derselben war nach S. der Grund, warum sie in den Fällen, in welchen sie entschieden Vorzügliches leistet, bisher so wenig in Gebrauch gezogen ist. Diese letzteren sind diejenigen, bei denen ein subparalytischer Zustand der Darmmuskulatur und verminderte Peristaltik als Grund der Verstopfung angesehen werden muss, während die Electricität Nichts leistet bei Koprostase in Folge von innerer Einklemmung, Invagination etc. Die Differentialdiagnose zwischen diesen verschiedenen Zuständen ist nicht immer leicht und hat S. daher die Kriterien, welche im gegebenen Falle diagnostisch verwerthbar sind, zusammengestellt. Die Obstruction in Folge von Darmatonie entwickelt sich immer langsam, in der Art, dass an irgend einer Stelle die Faeces liegen bleiben, verhärten, den Darm ausdehnen, dadurch den subparalytischen Zustand seiner Muskulatur verschlimmern und schliesslich zu einem vollständigen Verschluss führen. Die unterhalb dieser Stelle im Darme befindlichen Faeces werden nach und nach entleert, dann tritt vollkommene Verstopfung ein. Der Leib wird durch Gasentwicklung stark aber gleichmässig aufgetrieben, es bestehen diffuse Schmerzen, das Allgemeinbefinden wird wenigstens anfangs nicht in sehr erheblicher Weise beeinträchtigt. Bei dem Darmverschlus durch Invagination, Axendrehung etc. dagegen ist der Verlauf ein ganz acuter, sofort auf reflectorischem Wege hervorgerufenes heftiges Erbrechen: allgemeiner Collaps, heftiger, aber mehr auf eine Stelle fixirter Schmerz, ungleichförmige Auftreibung des Leibes. Dabei braucht nicht vollständige Verstopfung zu bestehen, indem noch die Contenta der unterhalb des Verschlusses gelegenen Darmpartieen sich nach und nach entleeren können. Auch die Anamnese ist von Wichtigkeit. Ergibt dieselbe längere Zeit bestehenden chronischen Darmkatarrh oder Neigung zur Obstruction, oder sind nervöse Störungen vorhanden, die eine mangelhafte Innervation der Darmmuskulatur annehmen lassen, so wird als Grund der Koprostase Darmatonie wahrscheinlich. Ist eine Peritonitis vorhergegangen · so muss an die Möglichkeit von Adhäsionen resp. durch sie verursachte innere Einklemmung gedacht werden. Bei Frauen ist stets der Uterus in Bezug auf Beweglichkeit, Verhältniss zu den Nachbarorganen, etc. zu untersuchen. S. hat in 5 näher beschriebenen Fällen von Koprostase durch Darmatonie die Electricität mit Erfolg angewandt. Bei zweien konnte als Grund der Atonie mangelhafte Innervation der Darmmuskulatur angenommen werden; der eine betraf eine an hysterischen Störungen der mannigfachsten Art leidende Dame, in dem andern war eine heftige, diphtheritische Infection vorhergegangen. S. brachte den einen Pol des Inductionsapparates in's Rectum, mit dem andern strich er, indem er ihn etwas andrückte, über

die Bauchdecken. Er rühmte die prompte Wirkung dieses Verfahrens, indem durch dasselbe die Koprostase rasch gehoben wurde, nachdem die andern üblichen Mittel vergebens versucht worden waren. Nur in einem Falle blieb der Erfolg aus und glaubt S., dass die überaus starke Tympanie daran Schuld war. Dass die durch die Faradisirung hervorgerufenen Contractionen der Bauchmuskeln und des Zwerchfells unterstützende Wirkung dabei ausüben, giebt er zu, stimmt aber denen nicht bei, die Letztere als alleinige Ursache der erfolgenden Stuhlentleerung ansehen, ist vielmehr der Ueberzeugung, dass es möglich ist, vermittelst des electrischen Stromes durch die Bauchwand hindurch peristaltische Bewegungen des Darmes anzuregen. Noch wichtiger aber als diese einmalige Wirkung ist für ihn die Thatsache, dass es möglich ist, durch eine consequente und methodische Anwendung des inducirten Stromes den Tonus der Darmmuskeln wieder herzustellen und dadurch einem Recidiv der Koprostase vorzubeugen.

Schlusssätze:

1. Die Electricität ist das beste Mittel bei Constipation in Folge von Atonie des Darmes und ein vorzügliches Prophylacticum gegen durch Verstopfung verursachte Colik.

2. Ihr Nutzen stehe in geradem Verhältniss zum Muskeltonus der Bauchwandungen und dem mit dem Pole auf sie ausgeübten Druck, im umgekehrten zu dem bestehenden Meteorismus.

3. Die Wirksamkeit der Electricität ist der Dauer ihrer Anwendung proportional.

Brockhaus (Godesberg).

Faradisation gegen Ascites.

132. **Dr. Sigrist.** (Wratsch 1880. Nr. 9.)

Bei einem Patienten, welcher früher Pototar war und an febris intermittens gelitten hatte, jetzt an hypertrophischer Lebercirrhose mit erheblichem Ascites litt (Leibesumfang 103 ctm), unternahm S., nachdem eine 10 Tage dauernde Milchdiät fast erfolglos geblieben, eine systematische Faradisation der Bauchwände; ausserdem wurde dem Pat. eine leichte Bauchbinde angelegt.

Die Resorption der Ascitesflüssigkeit ging langsam vor sich; die Harnabsonderung stieg von 500—600 ccm auf 1200—1700 ccm. — Nach 3 Wochen war der Ascites vollständig geschwunden. — Der Leibesumfang um 21 ctm gefallen, das Gewicht des Pat. um 7,8 Kilo gesunken.

Krusenstern (Petersburg).

133. **Dr. Popoff.** (Wratsch 1880. Nr. 22.)

Pat. 63 Jahre alt, hatte zuerst 1853, später 1879 an heftigen febris intermittens gelitten.

Darauf traten hydropische Erscheinungen ein: Oedem der Füsse

und Ascites mit Leibesumfang von 105 ctm; die tägliche Ausscheidung des eiweisshaltigen Harns betrug 800—1000 ccm; bedeutende Milzschwellung. — Die Behandlung mit heissen Bädern, folia jaborandi und solutio arsen. Fowleri hatte in 2 Monaten nur eine geringe Abnahme des Ascites zur Folge: der Leibesumfang verminderte sich im Ganzen um 10 ctm. — Der Faradisation der Bauchwände folgte eine gehörige Steigerung der Harnausscheidung, wobei das Eiweiss verschwand; der Ascites verminderte sich merklich und war nach zweiwöchentlicher Behandlung nicht mehr constatirbar, der Leibesumfang war auf 80 ctm gefallen.

Die gleichzeitig vorgenommene Faradisation der Milz musste der Schmerzhaftigkeit wegen nach 10 Tagen ausgesetzt werden; die Milz nahm 3 ctm in beiden Durchmessern ab und blieb nach der eingestellten Faradisation unverändert.

Krusenstern (Petersburg).

134. **Dr. Frischmann.** (Tagebuch des ärztlichen Vereins in Kasan. Dnewnik obscht. Kasanskich wratschei 1881. Nr. 1.)

Fr. wandte ebenfalls mit Erfolg den faradisirten Strom in 2 Fällen von erheblichem Ascites an.

Die mm. obliqui, recti obdom. und die Harnblase wurden 1—2mal täglich 15 Minuten lang faradisirt. — In einem Fall nahm der Leibesumfang nach zweimonatlicher Behandlung von 82 auf 68 ctm ab; der Stuhlgang wurde regelmässig, die Harnausscheidung stieg bedeutend. — Im andern Fall schwand der Ascites nach zweimonatlicher Behandlung vollständig, der Leibesumfang verkleinerte sich, nahm von 110 auf 90 ctm ab.

Krusenstern (Petersburg).

135. **Dr. Karpoff.** (Medicinskoje Obosrenije 1880. August.)

K. wandte die Faradisation bei einem 16 jähr. Mädchen an, welches seit 3 Jahren nach einer fieberhaften Krankheit von Bauchwassersucht befallen war und erfolglos die adonis vernalis, digitalis und heisse Bäder gebraucht hatte. — Alle Mittel wurden ausgesetzt, eine Bauchbinde wurde angelegt und die Bauchwände 2—4 mal täglich 15 Minuten lang faradisirt. Der Leibesumfang fiel nach fünfwöchentlicher Behandlung von 82 auf 65 ctm, das Körpergewicht von 127½ Pfund auf 114 Pfund.

Allgemeine Besserung, nur noch Spuren von Ascitesflüssigkeit. — Im zweiten Falle hatte sich der Ascites in Folge von Leberkrebs entwickelt. Es wurde wegen Schmerzen in der oberen Partie des Unterleibes nur die untere faradisirt. Der Leibesumfang vor Beginn der Behandlung 98, nach dreiwöchentlicher Behandlung 90 ctm. — Pat. erholte sich indessen so, dass er sogar an Gewicht um 2½ Pfd. zunahm (von 135—137½ Pfund).

Unter Hinweis auf diese Fälle spricht Dr. Karpoff die Ansicht aus, dass die Faradisation durch Vermehrung der Bauchpresse den Druck

in der Peritonealhöhle steigert und dadurch die Resorption der Flüssigkeit durch die Lymphwege vermehrt, die vielleicht auch durch abwechselnde Contractilität des Zwerchfells weiter angeregt wird, und proponirt aus diesem Grunde die Faradisation der Intercostalmuskeln bei Pleuraergüssen zu versuchen.

Krusenstern (Petersburg).

Neue Bücher.

Bäumler, Der sogenannte animalische Magnetismus oder Hypnotismus. Leipzig, F. C. W. Vogel. 2 M.

Beard, Die Nervenschwäche (Neurasthenia), ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung, in's Deutsche übertragen von Neisser. Leipzig, F. C. W. Vogel. 4 M.

Binz, Grundzüge der Arzneimittellehre. Siebente neu bearbeitete Auflage. Berlin, Hirschwald. 6 M.

Bresgen, Der chronische Nasen- und Rachenkatarrh. Mit 11 in den Text gedruckten Abbildungen. Wien, Urban und Schwarzenberg. 2 M.

Emmet, Principien und Praxis der Gynäkologie. Deutsch herausgegeben von Dr. C. G. Rothe. Leipzig, Abel. Geb. 18 M.

Hecker, Ueber das Verhältniss zwischen Nerven und Geisteskrankheiten mit besonderer Rücksicht auf ihre Behandlung in getrennten Anstalten. Cassel, Fischer. 1 M. 20 Pf.

Javooud, Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 10 fr.

Lecorché-Talamon, Etudes médicales faites à la maison municipale de Santé. Avec 10 figures intercalées dans le texte et 4 planches en chromalithographie. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 12 fr.

Rembold, Ueber Verletzungen des Kopfes und der Glieder der Kinder durch den Geburtsakt selbst und durch Einwirkungen äusserer Gewalt auf den Unterleib der Mutter während der Schwangerschaft und deren gerichtsärztliche Bedeutung. Mit 1 lithogr. Tafel. Stuttg., Enke. 2 M.

Robert, Contribution au traitement de la pleurésie purulente. Indications et contre-indications de la pleurotomie, opération de l'empyème par l'incision intercostale. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 3 fr. 50 cts.

Roux, Der Kampf der Theile im Organismus. Ein Beitrag zur Vervollständigung der mechanischen Zweckmässigkeitslehre. Leipzig, Engelmann. 4 M.

Starcke, Die Missstaltung der Füsse durch unzweckmässige Bekleidung (Samml. klin. Vorträge 194). Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Sonnenschein, Handbuch der gerichtlichen Chemie. Neu bearb. von A. von Classen. 2. Aufl. Berlin, Hirschwald. 14 M.

Vulpian, Du mode d'action du salicylate de sonde dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Paris, Doin. 1 fr. 50 cts.

Wernicke, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten f. Aerzte und Studirende. I. Bd. Cassel, Fischer. 12 M.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. 20. Mai. Nro. 10.

136. **Conti Pietro, Un caso singolare di rabbia umana.** Ein eigenthümlicher Fall von Lyssa humana. (Annali universali di Medicina e chirurgia. Heft 3. S. 193—221.)

Der vorliegende Fall verdient nach C. die Bezeichnung „eigenthümlich", weil trotz des definitiven letalen Ausgangs die sonst so überaus heftigen Symptome der Hundswuth in ganz milder Form auftraten, so dass man geneigt sein könnte, ihn als „Rabies sine rabie" aufzufassen.

Ein 37jähriger Mann, der bis dahin keinerlei krankhafte Erscheinungen von Seiten des Nervensystems gezeigt hatte, wurde am 3. December 1880 von einem Hunde ins Gesicht gebissen und trug dabei 3 kleine Wunden auf und in der Umgebung der Nase davon. Erst 2—3 Stunden später wurden letztere von einem Arzte ausgewaschen, mit Chlorzink und darauf mit kaustischem Kali geätzt. Die Abstossung des Schorfes und die Heilung der Wunden erforderte einen Zeitraum von 14 Tagen. Darauf während weiterer 14 Tage vollkommenes Wohlbefinden. Gegen Ende December wurde zuerst eine geringe Schwächung

der Intelligenz, Schlafneigung und eine Umstimmung im Charakter des Pat. bemerkt; während er früher sehr still und zurückgezogen gelebt hatte, fing er an, Gesellschaft zu suchen etc. Zu gleicher Zeit klagte er über ein unbestimmtes Gefühl von Schmerz in den Narben und im Nacken. Am 1. Januar trat allgemeines Uebelbefinden, heftiges Erbrechen grüner, schleimiger Massen, Unruhe, Angst, Kopf- und Nackenschmerz ein; der Puls war klein und verlangsamt (60 Schläge), die Temperatur subnormal. Nach einer schlaflosen Nacht heftiger, kurzer Anfall von Dyspnoe, der sich am 3. Januar wiederholte. Das Gesicht war entstellt, leichte Zuckungen der Gesichtsmuskeln zeigten sich. Leichte Röthung und Gefühl von Brennen im Schlunde, Schlucken in keiner Weise erschwert, Appetit fehlt vollständig. Am 4. Januar wird der Kranke ins Hospital übergeführt. An diesen und den folgenden Tagen blieb der Zustand mit geringen Schwankungen nahezu derselbe (bezüglich der Einzelheiten muss auf die genaue Krankengeschichte des Originals verwiesen werden). Das Erbrechen liess nach, die Unruhe, die Zuckungen der Gesichtsmuskeln bestanden fort; dann und wann stellten sich tiefe, seufzende Inspirationen ein; die Deglutition, besonders flüssiger Substanzen, etwas erschwert. Temperatur in der Achselhöhle normal, Puls klein und unregelmässig, zwischen 60 und 90 Schlägen schwankend. Extremitäten kühl und livide. Die Narben zeigten ausser bläulichrother Verfärbung und leichter Schmerzhaftigkeit bei Druck nichts abnormes. Das Sensorium war während dieser ganzen Zeit völlig klar und auch von Seiten der Sinnesorgane nichts abnormes zu constatiren. Am 7. Januar zeigten sich die ersten Symptome des beginnenden paralytischen Stadiums; hochgradige Schwäche der Armmuskeln, stille Delirien; kleiner, frequenter Puls. Am 9. Januar begann die bis dahin normale Temperatur zu steigen und erreichte am Morgen des 10. (1 Stunde vor dem Tode) 40,0° C. Der Exitus erfolgte im Zustande tiefen Collapses. Rectaltemperatur nach dem Tode 41,4° C. Die Behandlung hatte anfangs in der innerlichen Darreichung von Opium und Chloral bestanden; des heftigen Erbrechens wegen wurde letzteres Mittel nachher im Clysma (zu 2—3 gr) gegeben und jedesmal damit eine kurzer oder länger dauernde Ruhe erzielt. Ausserdem wurde am 3. Januar eine subcutane Injection von Morphium und Atropin (0,01 resp. 0,001) gemacht, sowie vom 6. Januar an Curarin zu 0,005 im Ganzen 7 mal subcutan applicirt. Eine mehrmals wiederholte Untersuchung zeigte vollständig normales Verhalten der Brust- und Bauchorgane; in den letzten beiden Krankheitstagen war starke Secretion der Bronchien beobachtet worden. Der Urin zeigte vom 5. Krankheitstage an allmählige Abnahme an Quantität und specifischem Gewicht, relative und absolute Verminderung des Harnstoffs und der Harnsäure, Vermehrung der Phosphate. Die Reaction war sauer; Eiweiss und Zucker wurden nicht gefunden. C. macht darauf aufmerksam, dass trotz des Fiebers die Producte der regressiven Metamorphose im Harne der letzten Krankheitstage vermindert waren, und glaubt als Grund dieser Erscheinung die durch das inficirende Virus verursachten Alterationen des Nervensystems ansprechen zu müssen. Die Autopsie beschränkte sich auf Eröffnung der Kopfhöhle. Ausser einer geringen Menge röthlichen Serums unter der Dura mater, Trübung, Verdickung

und Hyperämie der Pia mater und dem Auftreten zahlreicher Blutpunkte auf dem Durchschnitt der weissen Substanz wurde nichts Bemerkenswerthes gefunden. Eine mikroskopische Untersuchung wurde nicht angestellt.

Der Fall zeichnet sich also aus durch das vollständige Fehlen der Wuthausbrüche und der hydrophobischen Symptome; die Deglutition war nur im Anfang vorübergehend etwas erschwert; starkes Anblasen des Kranken sowie die Annäherung heller, glänzender Gegenstände blieben ohne jeden Einfluss. Trotzdem glaubt Verf. die Diagnose der Lyssa aufrecht halten zu müssen, wie er in der Epikrise unter Besprechung der etwa in Frage kommenden anderweitigen Krankheitszustände ausführt. Er stellt eine Anzahl ähnlicher, in der Literatur verzeichneter Fälle zusammen, kann sich aber der Ansicht Bollingers, dass es sich dabei um Zustände, analog der sogen. stillen Wuth der Hunde handle, nicht anschliessen. Letztere ist dadurch charakterisirt, dass das melancholische Stadium direct in das paralytische übergeht — vielleicht in Folge einer besonders heftigen Wirkung des Giftes — und der Verlauf ist ein sehr rapider, während der vorliegende Fall sich durch einen auffallend langsamen Verlauf (230 Stunden) auszeichnet. In Bezug hierauf erwähnt C., dass er in der Litteratur nur einen einzigen Fall aus London, dessen Diagnose aber nicht ganz sicher ist, von längerer Dauer (14 Tage) gefunden habe. Ob der frühzeitige Gebrauch von Opium, Chloral und Morphium von Einfluss auf den milden Verlauf der Erkrankung gewesen ist, trotzdem es nicht möglich war, weder durch diese Mittel noch durch das später in Anwendung gezogene Curarin den exitus letalis zu verhüten, wagt Verf. nicht zu entscheiden. Schliesslich erörtert er in eingehender Weise die Angaben verschiedener Autoren über Wesen und Verlauf der Lyssa, über die Wirksamkeit resp. Unwirksamkeit der dagegen empfohlenen Mittel und über die pathologisch anatomischen Befunde im lymphatischen und nervösen System.

Brockhaus (Godesberg).

---

137. **Rossi Ella, Bey, Sulla febbre reumatica eritematosa che regnò epidemica in Cairo nel 1880.** Ueber das erythematöse, rheumatische Fieber, welches im Jahre 1880 epidemisch in Cairo herrschte. (Annali universali di medicina e chirurgia. Heft 3.)

Verf. hat während seiner 43 jährigen Praxis jährlich im Herbst vereinzelte Fälle dieser Krankheit, welche in Indien, China, Sudan und an der afrikanischen Küste endemisch herschen soll, beobachtet. In den Monaten Juni bis October 1880 trat dieselbe in einer ausgedehnten Epidemie auf. Da ein grosser Theil der Erkrankten keine ärztliche Hülfe nachsuchte, ist eine genaue Angabe der Zahl der Krankheitsfälle nicht möglich. Der Verlauf war in Kurzem folgender. Bei bis dahin ganz gesunden Personen tritt plötzlich abwechselndes Frost- und Hitzegefühl mit krampfartigen Schmerzen in der Nierengegend, den

Knieen und Waden auf. Dann folgt eine Erhöhung der Temperatur bis 42° C., die zuweilen schon nach 24 Stunden dauernd zur Norm zurückkehrt. Meist besteht höheres Fieber 3—4, seltener 7 und in einzelnen Fällen bis zu 15 Tagen. Zugleich mit der Temperatursteigerung oder auch etwas später entwickelt sich, vom Gesicht anfangend, ein bald mehr oder weniger confluirendes, bald in zerstreuten Flecken auftretendes, oft allgemeines Erythem; in einzelnen Fällen erscheint der ganze Körper wie mit Anilin gefärbt. Dies Erythem verschwindet, ohne dass sich Desquamation der Haut einstellt, zuweilen schon nach wenigen Stunden, meist besteht es mehrere Tage. Der Durst ist nicht in auffallender Weise vermehrt, der Urin zeigt nichts Besonderes. Starke Diaphorese, oft 3—4 Tage dauernd, beendet den Anfall und leitet die Reconvalescens ein, welche indess ziemlich lange Zeit in Anspruch nimmt.

Obwohl öfters bei längerer Dauer der Erkrankung in Folge des anhaltenden Fiebers drohende Erscheinungen sich einstellten, hatte Verf. doch keinen Todesfall zu beklagen; während der Epidemie war die allgemeine Mortalität sogar sehr gering um 15% geringer, als in den beiden vorhergehenden Monaten. In einigen Fällen war der Verlauf der Krankheit in sofern von der Norm abweichend, als sich neben den geschilderten Symptomen heftige Kopf- und Magenschmerzen mit Schwindelanfällen einstellten; bei einem Kinde begann die Krankheit mit eklamptischen Anfällen; viermal wurde ein typhusähnlicher Verlauf beobachtet und 3 Fälle boten gewisse Aehnlichkeiten mit Recurrens. Bemerkenswerth ist ferner, dass während der Dauer der Epidemie viele Personen an hartnäckigem Schwindel, Gastralgie und Verdauungsstörungen litten, ohne dass bei ihnen das Fieber und das Erythem zum Ausbruch kamen. Die Medication bestand in der Darreichung eines Emeticums, welches regelmässig grössere Mengen galliger Massen herausbeförderte und in der Anwendung von Laxantien, welche die Entleerung schwarzer, höchst übelriechender Excremente herbeiführten. Diese Therapie genügte in der grössten Anzahl der von R. behandelten Fälle, um Nachlass des Fiebers und der übrigen Krankheitserscheinungen zu bewirken; das von anderer Seite sehr empfohlene Chinin hat Verf. nur in den protrahirten Fällen angewandt. Betreffs der Aetiologie bestreitet er, dass die Krankheit eingeschleppt und contagiöser Natur sei; er glaubt vielmehr, dass es sich um einen rheumatischen Process handele und findet den Grund in den eigenthümlichen Witterungsverhältnissen des Sommers 1880: die meist mit Ende des Frühjahrs vollständig cessirenden atmosphärischen Niederschläge hielten in diesem Jahre bei vorherrschender westlicher und nordwestlicher Windrichtung ungewöhnlich lange an. Dass Intermittens mit im Spiele sei, glaubt Verf. aus dem Grunde nicht annehmen zu sollen, weil die Epidemie gerade in die für die Entwicklung des Malariagiftes ungünstigen Monate fiel und mit der beginnenden stärkeren Durchfeuchtung des Bodens im November erlosch.

Brockhaus (Godesberg).

138. **Dr. O. Pinner, Diphtheritis und Tracheotomie.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir. XIV. 3. u. 4 S. 288.)

Vom 1. April 1877 bis 1. Okt. 1880 sind in der chirurgischen Klinik zu Freiburg 137 Fälle von Diphtheritis beobachtet worden, von denen 45,98 %, bei Abzug von 6 Erwachsenen (1 Tod) 44,27 % mit Genesung endigten. In 100 Fällen, welche Kinder betrafen, wurde die Tracheotomie ausgeführt; 33 genasen. Die Prognose ist abhängig von dem Charakter der Epidemie: November und December 1879 wurden 23 Operationen ausgeführt, mit nur 4 Heilungen, im 1. Quartal 1880 23 Operationen mit 13 Heilungen. Bei Kindern unter 2 Jahren kam keine Genesung vor, vom 3. bis 7. stieg der Procentsatz der Heilung entsprechend dem höheren Alter. Der Tod trat am häufigsten am 1. Tage nach der Operation ein, vom 5. Tage an ist die Prognose günstiger.

In den ersten Fällen von Diphtheritis bestand die Behandlung in Auswischen der hinteren Rachenpartien mit einem in Salicylspiritus getauchten Schwamm. Da ein wirklicher Erfolg nicht beobachtet wurde, beschränkte man sich später darauf, die Mundhöhle mit antiseptischen Substanzen zu reinigen, durch Einathmung warmer Wasserdämpfe die Lösung der Membranen zu beschleunigen und durch die Diät die Kräfte der Kinder so lange wie möglich zu erhalten. Bei bedeutender Dyspnoe wurde das Aussetzen des Radialpulses bei der Inspiration nie vermisst, wodurch die Indication zur Operation gegeben war. Weder das Alter der Kleinen, noch das Bestehen einer Complication seitens der Respirationsorgane galt als Contraindication. Die Operation, meistens die Tracheotomia inferior, wurde bei herabhängendem Kopf ausgeführt. Nach der Operation wurden die Kinder in ein Zimmer untergebracht, welches mit einer Dampfleitung von einer Dampfmaschine her versehen ist; diese Leitung endigt in bewegliche Arme, welche erlauben den Dampf (25—35 ° C.) nach verschiedenen Richtungen und in verschiedene Entfernungen von den Kranken ausströmen zu lassen. Innerlich wurde Kali chlor. gereicht und kräftigende Diät verordnet.

P. spricht sich gegen die Anwendung der Emetica bei diphteritischen Stenosen aus, weil sie doch unnütz seien und dadurch, dass die Kräfte der Kinder enorm in Anspruch genommen werden, nur schaden könnten. Der Tod der apnoischen Kinder erfolgte meist durch Uebergreifen der Diphtheritis auf die Bronchien, durch katarrhalische Pneumonie und durch Herztod.

Doutrelepont.

---

139. **Prof. Waldenburg, Atrophie des Recurrens durch Aneurysma Arcus Aortae.** (Charité-Annalen VI. Jahrg. St. 297—311.)

Aorten-Aneurysmen sind viel häufiger, als man gewöhnlich annimmt, weil diejenigen Aneurysmen, welche den Arcus aortae betreffen und in der Tiefe des Brustkastens sich entwickeln, durch Inspection, Palpation, Auscultation und Percussion meist nicht zu diagnosticiren

sind, und auch mit unbedeutenden subjectiven Beschwerden zuweilen auftreten. Jedoch giebt es 2 Symptome, die bei dem Fehlen aller übrigen, schon einen ziemlich sicheren Schluss gestatten, nämlich eine Recurrens-Lähmung, sowie eine Puls-Differenz an den Radial-Arterien. Die Recurrens-Lähmung, welche durch Heiserkeit und laryngoscopisch durch Cadaver-Stellung eines Stimmbandes resp. wenn das gesunde Stimmband vicariirend für das gelähmte eintritt, durch ein schiefes Aussehen des Kehlkopfes sich documentirt, kann die Folge einer rein functionellen, meist hysterischen Neurose sein, was selten ist. Seltener noch ist die Lähmung centralen Ursprungs (W. sah nur einen solchen Fall). Häufiger dagegen sind es Tumoren innerhalb des Thorax; wie z. B. Carcinom des Mediastinum oder geschwollene Lymphdrüsen; jedoch steht die Häufigkeit der Aneurysmen als Ursache obenan. Meist ist die Lähmung entsprechend dem Sitz des Leidens linksseitig, seltener rechtsseitig.

Die durch den Kehlkopfspiegel-Befund nur wahrscheinliche Diagnose sichert die Ungleichheit des Pulses, indem der Puls der afficirten Seite niedriger ist, die Pulswelle später kommt und das Arterienrohr weniger gespannt und weniger voll ist.

In einer grossen Anzahl von Fällen, wofür einige Beispiele angeführt werden, rechtfertigte der Verlauf die auf die oben beschriebenen Befunde hin gestellte Diagnose, in anderen Fällen blieb die Stimmband-Lähmung stationär und dennoch entwickelte sich kein Aneurysma, so dass bei diesen, bei Ausschluss anderer Entstehungs-Ursachen, der Verf. geneigt ist, eine Heilung von dem Aneurysma anzunehmen, wie die Literatur solche Fälle beschreibt.

In manchen Fällen schienen die Anfänge der Krankheit auf ein Trauma zurückführbar zu sein, wofür ein Fall angeführt wird, wo ein 60jähriger Mann durch Sturz auf den ausgestreckten Arm, wahrscheinlich also durch Zerrung der grossen intrathoracischen Gefässe bei atheromatöser Gefäss-Erkrankung ein Aneurysma acquirirte. Das oftmals frühzeitig beobachtete Blutspeien bei Aneurysma führt Verf. auf eine Hyperämie und leichte Verletzlichkeit derjenigen Stelle eines Bronchus zurück, welche durch das Aneurysma vorgewölbt wird.

Der mitgetheilte Krankheits-Fall, bei dem die Obduction ein cylindrisches Aneurysma des Arcus Aortae mit Atrophie des dasselbe umschlingenden nerv. recurrens ergab, betraf eine 38jährige Frau, welche an den Erscheinungen einer Lungen-Phthise zu Grunde ging und bei der die Diagnose intra vitam in sofern schwierig war, als nur Recurrens-Lähmung und Puls-Differenz bestand und die Lungen-Phthise den Gedanken an geschwollene käsige Lymphdrüsen innerhalb des Brustkorbes nahe legten.

Bartold.

---

140. **Dr. Schütz** (Docent in Prag), **Ueber Angina pectoris.** (Allg. Wiener medic. Zeitung. 1881. Nr. 9—13.)

Im Anschluss an 54 Fälle von Angina pectoris, welche im Jahre 1872 veröffentlicht sind, berichtet Verf. über weitere 21 Fälle. Diese

Fälle, zusammen 75, waren zumeist schwerer Art, 63 Sterbefälle waren unter ihnen zu verzeichnen. In fast allen Fällen, in denen es zu dem in seinen Erscheinungen wechselnden Anfalle kommt, konnten Zeichen der Herz-Muskulatur-Erkrankung stets nachgewiesen werden. Es fand sich bei den meisten Patienten eine auffallende Neigung zur Fettbildung, Verbreiterung der Herzdämpfung nach allen Seiten, dumpfer erster Ton, der zweite Ton bei vermuthlicher Arteriosclerose etwas lauter, Arterien mehr oder weniger rigide, Puls oftmals unregelmässig, Unterleibsorgane meist intact. Die Patienten standen alle im Stadium der Involution und waren von ihnen bis 45 Jahre alt 5, 45—50 Jahre 6, 50—60 Jahre 15, 60—70 Jahre 29, 70—80 Jahre 20 Patienten. Herzklappenfehler oder Asthma war in keinem Falle vorhanden, vielmehr äusserte sich der Anfall vorwiegend in starken Schmerzen unter dem Brustbein, oftmals nach den Schultern ausstrahlend und sehr starken Beklemmungen. Die Herzthätigkeit wurde im höchsten Grade arhythmisch. Der Anfall kehrte meist nach einiger Zeit wieder und kann durch seine Folgeerscheinungen: Stauungen nach der Lunge, dem Gehirn (Lungen- oder Hirn-Oedem) entweder acut tödtlich werden, oder es entwickeln sich die Stauungs-Erscheinungen (chronischer Lungen-Katarrh, Anasarca) langsamer und führen so schliesslich zum Exitus letalis. Die Prognose ist also immer eine trübe. Verf. sucht die Ursache für alle seine Fälle in Veränderungen der Herz-Muskulatur (Verfettung), obwohl Obductions-Befunde nicht immer die Diagnose erhärtet zu haben scheinen. Den ganzen Symptomen-Complex bei seinen beobachteten Fällen hält Verf. für eine „selbstständige, dem hohen Alter eigenthümliche Krankheit," bei welcher das fettig entartete Herz bestimmte krankhafte Zustände einzelner oder mehrerer Herznerven verursacht und zu Anfällen führt, die jenen gleichen, welche die Neuropathologen für die reine nervöse Angina pectoris vindiciren.

Die Behandlung muss zunächst die Diät, die Beschäftigung und körperliche Bewegung des Kranken regeln. Es sollen Fettbildner, stärkere Alcoholica gemieden werden und nur leichter Wein mit Wasser, Weintrauben, frisch gedünstetes Obst, leichter Kaffee und leichte Speisen geduldet werden. Fernerhin empfehle man viel Aufenthalt in frischer Waldluft, kalte Waschungen des Körpers. Während des Anfalles sind Frottirungen, Hautreize, Handbäder von Nutzen, Morphium und Amylnitrit oft nutzlos und gefährlich. Entwickeln sich Störungen in den Lungen, so wird ein starkes Ipecacuanha-Infus empfohlen.

Einen besonderen Nutzen verspricht sich Verf. nicht von Trinkkuren, reducirte auch den Gebrauch der warmen Bäder auf ein Minimum und redet einer energischen Kaltwasser-Behandlung ebenfalls nicht das Wort. Nach längerem Abführen und Application von Vesicantien und Fontanellen sah er einige Male guten Erfolg. Digitalis selbst blieb unwirksam. Electricität, welche von Eulenburg empfohlen sei, hat Verf. nicht versucht. Die benutzten Abführ-Pillen bestanden aus: Gummi guttae, pulv. fol. digital. purp., Extr. gratiolae āā 1,0 Pulv. et Extr. pimpinellae quant. satis ad pill. Nr. 15, 3 stündlich 1 Pille.

Bartold.

141. **Dr. B. Fränkel** (Berlin), **Ueber den Zusammenhang des Asthma nervosum und Krankheiten der Nase.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 16 u. 17.)

Nach Anführung der von Voltolini, Haenisch, Hartmann, M. Schäffer publicirten Beobachtungen, und kurzer Mittheilung seiner eigenen 5 Fälle erörtert Dr. Fr. den Zusammenhang zwischen den Nasenpolypen und nächtlichem Asthma — denn um diesen handelte es sich in obigen Fällen. Nach Exstirpation der Polypen wurde jedesmal das nächtliche Asthma beseitigt, bei Wiederkehr der Polypen erschien auch das Asthma wieder und man konnte zur Erklärung des letzteren weder Emphysem noch Herzaffectionen auffinden. Porter beschreibt den Fall eines Rachenpolypen mit Asthma, wo die Berührung des Polypen mit der Sonde die Athemnoth hervorrief. Wirkliche Stenose der Nasengänge bestand in mehreren Fällen nicht, so dass diese nicht der Grund des Asthma sein konnte. Fr. hält die Annahme eines Bronchialkrampfes für die wahrscheinlichste Erklärung des asthmatischen Anfalles, und das Asthma bei Nasenpolypen für einen Reflexkrampf bedingt durch abnorme Reize sensibler Nerven. Wie in andern Fällen der sensible Reiz vom Herzen, der Bronchialschleimhaut, dem Magen, dem Genitalapparat ausgeht, so hier von der durch den Polypen gereizten Nasenschleimhaut. Der vermittelnde Nerv ist wohl meistens der Trigeminus, seltener der Olfactorius. Fr. theilt den Fall einer Dame mit, bei welcher nach erfolgreicher Behandlung eines chronischen Nasencatarrhes nicht nur das seit langer Zeit bestehende Asthma schwand, sondern auch der früher nachweisliche Bronchialkatarrh aufhörte. Dieser Zusammenhang von Nasenleiden mit Asthma wird auch dadurch illustrirt, dass verschiedene Personen, die an nächtlichem Asthma litten, beim Aufstehen am Morgen einen acuten Schnupfen mit profuser, wässriger Secretion bekommen, welches schon Trousseau und Lebert als nervösen Schnupfen bezeichneten.

R.

---

142. **Prof. Fräntzel** (Oberstabsarzt), **Klinische Beobachtungen.** (Charité-Annalen. VI. Jahrg. S. 265—296.)

1. Ueber den Gebrauch des Duboisin gegen die Nachtschweisse der Phthisiker.

In 13 Fällen von ausgesprochener Lungen-Schwindsucht, sowie bei 2 Fällen von Polyarthritis rheumatica in der Reconvalescenz, welche sämmtlich mit starken Schweissen verbunden waren, wurde das nach Ladenburg dem Hyoscyamin gleich zusammengesetzte Duboisin in Dosen von $^1/_4$—$^1/_2$ mgr pro dosi et die in Pillen (mit Argillum) verabreicht. Von dem anfänglichen Versuche der Application unter die Haut, wurde nach kürzerer Zeit aus äusseren Gründen Abstand genommen. Prof. Fräntzel resumirt, dass „der mit dem Duboisin erzielte Erfolg dem des Atropin weit nachstehe. Denn erstens war die Wirkung des Duboisin

nur selten eine prompte, meist musste es erst mehrere Tage hindurch genommen werden, ehe es die Schweisse ganz zum Schwinden brachte; zweitens gelang dies unter der geringen Zahl der mitgetheilten Fälle nicht immer, und drittens waren Nebenerscheinungen häufig und dabei nicht selten so unangenehm, dass von einer weiteren Anwendung des Mittells Abstand genommen werden musste". Die unangenehmen Neben-Erscheinungen bestanden in Trockenheit im Halse, Schlingbeschwerden, Uebelkeiten und Brechreizung, Eingenommensein des Kopfes, Schwindel. Ein Patient bekam nach der 3. Dosis Delirien.

2. Ein Fall von Lähmung der Glottisverenger mit Spasmus der Glottiserweiterer.

Ein 20 jähriger junger Mann war plötzlich heiser geworden, die Heiserkeit hatte allmählich zugenommen und schliesslich zu vollständiger Stimmlosigkeit geführt. Irgend welche Kehllaute wurden auf keine Weise hervorgebracht. Im Larynx bestand etwas Hyperästhesie, laryngoscopisch zeigte sich bei einer etwas stärker als normal gerötheten Kehlkopf-Schleimhaut, dass die wahren Stimmbänder in tiefster Inspirations-Stellung standen und nur zuweilen bei stärksten Respirations-Anstrengungen rückten die Stimmbänder etwas zusammen, schnellten aber sofort zurück. Directe Reizung derselben mit der electrischen Sonde ist äusserst schmerzhaft, der Effect desshalb nicht zu beobachten. Ein constanter oder inducirter Strom von aussen durch den Kehlkopf geleidet blieb ohne Effect. Aus der excessiven Inspirations-Stellung der Stimmbänder, die viel über die Cadaverstellung bei einfacher Lähmung der Glottisverenger hinausging, schliesst Verf. auf eine Contractur der m. cricoarytaenoidei postici, der Glottiserweiterer, welche letztere desshalb secundär ist, weil sich das Leiden langsam von Heiserkeit bis zur Stimmlosigkeit entwickelte, eine Veränderung antagonistischer Muskeln, auf die Riegel zuerst aufmerksam gemacht hat.

3. Zwei Fälle von Ueberanstrengung des Herzens.

Ein an schwere Arbeit gewöhnter, überaus kräftiger Mann bekam plötzlich, als er eine besonders schwere Last zu heben im Begriff steht, heftige Stiche in der linken Brust, welche bis in die linke Schulter ausstrahlen und dazu gesellen sich eine solche Unruhe und Kurzathmigkeit, dass er die Arbeit einstellte und das Haus aufsuchte. Er wurde später 16 Wochen im Krankenhaus behandelt, und wurde hier von seiner Kurzathmigkeit sowie dem Gefühl von Beunruhigung auf der Brust und von wassersüchtigen Erscheinungen soweit hergestellt, dass er, wenngleich bei geringerer Leistungsfähigkeit wie früher, seine Arbeit wieder aufnehmen konnte. Ein Jahr später wiederum beim Heben einer sehr schweren Last bekam er dieselben Erscheinungen wie früher, nur viel heftiger. Er wird mit höchster Athemnoth, Cyanose und Collaps des Gesichtes, Zeichen von Lungen-Oedem in die Charité aufgenommen. Die Herzdämpfung ist wesentlich vergrössert und geht $2^1/_2$ cm über die linke Mammillar-Linie und 2 cm über den

rechten Sternal-Rand hinaus, Herzaction unregelmässig, 148 bis 160 Contractionen. Mit der Systole ein schwaches geräuschähnliches Schall-Moment. Leberdämpfung vergrössert, Transsudate in den serösen Höhlen, Anasarca. Es lage also ein schweres Herzleiden vor, welches durch eine einmalige starke Körper-Anstrengung entstanden war. Letztere hatte zu enormer Steigerung des Druckes im Aortensystem geführt und dadurch eine Dehnung des Herzmuskels herbeigeführt. Eine Dehnung des Herzmuskels und nicht eine Zerreissung eines Klappenzipfels ist desshalb wahrscheinlich, weil der Pat. nach der ersten Attacke seines Leidens wieder arbeitsfähig wurde, sowie nach dem weiteren Verlauf des Recidivs. Die heftigen Schmerzen sowie die Unregelmässigkeit der Herzaction erklären sich aus einer Zerrung der intramuskulären Herznerven sowie durch Reflex von der inneren Herzfläche auf die vasomotorischen Nerven der betreffenden Extremität. Es handelte sich hier um eine wirkliche Ueberanstrengung des nicht hypertrophirten Herzens durch einen abnorm grossen Widerstand im Aortensystem. Wahrscheinlich war mit dieser Dehnung auch eine relative Insufficienz der Mitralklappe verbunden, obwohl ihr Vorhandensein nicht direct bewiesen werden konnte.

Es gelang nun in den nächsten Tagen zunächst das Lungen-Oedem zu beseitigen, die Athmung wurde freier und ruhiger, die Pulszahl sank, Oedeme wurden geringer, das Allgemein-Befinden besser. Die vorher verminderte Diurese steigerte sich erheblich, allmählich ging die Herzdämpfung in ihre normalen Grenzen zurück, das systolische Geräusch schwand gänzlich, die Herzaction blieb jedoch frequent und unregelmässig und die geringste körperliche Anstrengung bewirkte furchtbarste Athemnoth. Als der Kranke nach 4 monatlicher Behandlung die Anstalt verliess, hatten sich die Befunde der objectiven Untersuchung wenig verändert, und die Leistungsfähigkeit des Herzmuskels und des gesammten Individuums waren noch auf das schwerste geschädigt.

6 Wochen später kam der Kranke in die Anstalt zurück mit einer sehr interessanten, bis jetzt nicht veröffentlichten Complication seines Herzleidens. Es bestand nämlich eine beginnende Haut-Gangrän an den Zehen, welche sich bis zu den Metatarsal-Knochen hinauf erstreckte, für die sich ein specieller Grund in Erfrierung nicht finden liess. Herzdämpfung normal, Herztöne rein, Herzaction frequent aber unregelmässig. Circumscripte Peritonitis um den Wurmfortsatz. Letztere verlor sich bald. Auch die brandigen Hauttheile der Zehen exfoliirten sich und heilten, jedoch trat noch mehrere Male, bevor die Herzthätigkeit kräftiger wurde, dunkelblaue fast schwarze Färbung der Hände mit gänzlicher Unempfindlichkeit und Kälte auf, welche zu beseitigen es der geeigneten Therapie jedes Mal gelang. Diese Erscheinungen der Gangrän können ihre Erklärung nur in der durch die Insufficienz des Herzens bedingten mangelhaften Ernährung der peripheren Körpertheile finden.

Dieser klassische Fall ist sehr ausführlich und genau beschrieben und beobachtet. Der Kranke verblieb in der Anstalt.

Der zweite Fall betraf einen 58jähr., ebenfalls sekr kräftigen und musculösen, an schwere Arbeit gewöhnten Mann, welcher in Folge einer

4-tägigen besonders anstrengenden Arbeit (Steine-Tragen) sich ziemlich rasch steigende Kurzathmigkeit und Herzklopfen, die sich nach jeder Anstrengung vermehrte, bekam. Mit starker Dyspnoe und Cyanose, Oedem der Beine, Stauungs-Erscheinungen auf den Lungen, 108 unregelmässigen Herzactionen bei fast fehlender Herzdämpfung in Folge seines exquisit fassförmigen Brustkorbes, an dem auch kein Spitzenstoss zu constatiren war, kam er zur Aufnahme. Es gelang nicht durch Stimulantien die Herzthätigkeit wieder zu kräftigen, alle Erscheinungen verschlimmerten sich, die zu constatirende Herzdämpfung nahm gegen den früheren Umfang zu und nach 20 Tagen trat der Exitus letalis ein. Bei der Obduction fand sich eine beträchtliche Vergrösserung des Herzens, Erweiterung beider Herzhöhlen und beginnende fettige Degeneration der Muskelfasern, welche in den innersten Schichten am stärksten, in den äusseren kaum nachweisbar war.

Hier handelte es sich um eine chronische Ueberanstrengung des Herzens, bedingt durch die 4-tägige schwere Arbeit. Im Circulations-Apparat fand sich keine Veränderung trotz der vieljährigen schweren Arbeit. Die bei der Obduction vorgefundene fettige Degeneration des Herzmuskels war nur ein Product der letzten Krankheits-Wochen, entstanden durch die gestörte Function des Herzens.

Bartold.

---

143. **Mosler, Ein Fall von Gallertkrebs des Pankreas.** (Deutsches Arch. f. kl. Med. XXVIII, p. 493.)

In dem von M. beschriebenen Falle, bei dem die Krankengeschichte keine Anhaltspunkte für eine Erkrankung des Pankreas darbot, fand sich bei der Obduction ein Krebs des Pankreas, „das Pankreas ist zusammengeschrumpft, 4 cm breit, $5\,^1/_2$ cm dick, fest, derb; eine 8 cm lange Geschwulst ist vorhanden, die Cauda 6 cm lang, das ganze Pankreas bildete eine einzige Geschwulst. Zum Einschneiden zeigt sich ein schwieliges Gewebe, das krebsartig aussieht.“ Die gefundenen Neubildungen erwiesen sich bei der mikroskopischen Untersuchung als carcinomatös und zwar vom Charakter des Gallertkrebses.

Auch in der Leber und der kleinen Curvatur des Magens wurden knollige Entartungen gefunden, so dass die Entscheidung schwierig, ob es sich um einen secundären, oder den seltenen primären Krebs des Pankreas handelt.

Bei Lebzeiten war es nicht möglich die Diagnose eines Pankreaskrebses zu stellen, da das wichtigste Symptom, der fühlbare Tumor durch die Lebergeschwulst vollständig verdeckt war; der vorhandene epigastrische Schmerz konnte ebenso gut für die Folge des Leberkrebses erklärt werden.

Andere Symptome, die bei Pankreascarcinom vorkommen, und theils auf dem Druck der Geschwulst oder dem Uebergreifen auf andere benachbarte Gebilde beruhen, konnten ebenfalls auf die Erkrankung der Leber bezogen werden. Fettige Stühle sind nicht beobachtet worden.

Engesser (Freiburg i. B.).

---

144. H. Maas und **O. Pinner, Ueber das Resorptionsvermögen von Blase und Harnröhre.** (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. XIV. 5 u. 6. S. 421.)

Da die Ansichten über das Resorptionsvermögen der Harnblase sehr weit auseinander gehen, und diese Frage nicht allein physiologisches Interesse, sondern auch praktische Wichtigkeit hat, unternahmen die Verf. eine möglichst eingehende Untersuchung derselben. Nach Besprechung der Ansichten und der experimentellen Resultate der früheren Autoren werden die eigenen Versuche mitgetheilt, welche an Thieren und an Menschen gemacht wurden. Gesunde und kranke Blasen wurden auf ihr Resorptionsvermögen geprüft, auch die Harnröhre gesondert untersucht. Bei Thieren (Hunden und Kaninchen) wurde Ferrocyankalium, Natr. salicyl., Cyankalium, Strychnin, Atropin, Curare, Apomorphin und Pilocarpin in wässeriger Lösung zu den Versuchen benutzt. Die Mittel wurden nach Freilegung der Blase, Einführen eines Katheters, Verschluss der Blase durch Ligatur der Harnröhre zwischen Prostata und collum vesicae durch den Katheter oder nach Abbindung der Blase mit einer Pravazschen Spritze eingespritzt; in einer anderen Reihe von Versuchen wurde die Bauchhöhle nicht eröffnet, sondern nach Entleerung der Blase durch den Katheter, dieser zur Injection benutzt. Die beobachteten Cautelen, sowie die Experimente selbst müssen im Originale nachgesehen werden. Alle Versuche ergaben ein positives Resultat. Beim Strychnin trat schnelle Resorption und Wirkung ein, während Atropin und Curare nur sehr langsam resorbirt und schnell ausgeschieden werden, so dass allgemeine Wirkung dieser Gifte nicht erzielt wurde. Apomorphin und Pilocarpin ergaben trotz der hohen Dosen, die angewendet wurden, wegen der langsamen Resorption auch nur unter physiologischer Breite fallende Wirkungen, die kranke Thierblase (durch Einspritzungen von Ol. therebint. und von Ol. Crotonis in schwacher Lösung entzündet) zeigten auch schnelle Resorption; Cyankali wurde von der normalen und entzündeten Harnröhre von Kaninchen schnell resorbirt. Die Experimente, welche an Menschen gemacht wurden, ergaben: Jodkalilösung wurde 41 Individuen in die gesunde Blase durch den Katheter eingespritzt; 26 mal konnte Jod im Speichel nachgewiesen werden (etwa 63%). Pilocarpin zeigte nur in starker Dosis applicirt geringfügige Wirkung. Aus ihren Versuchen ziehen die Verfasser den Schluss: „Die normale menschliche Blase „besitzt für Jod und Pilocarpin resorbirende Eigenschaften, doch ist „die Aufnahme selbst langsam und geringfügig im Vergleich mit an- „deren Resorptionsflächen". In 8 Fällen von Cystitis wurde Jodkali in die Blase injicirt und schnell nachher im Speichel nachgewiesen, ebenso trat nach Injection von Pilocarpin in 2 Fällen ausgesprochene Pilocarpinwirkung ein. „Die Resorptionsfähigkeit der kranken Blase „ist viel bedeutender, wie die der gesunden Blase und kann hierdurch „als Ausgangspunkt für therapeutische Massnahme dienen". Die Versuche an der gesunden und kranken Harnröhre des Menschen (Kal. jodat. und Pilocarpin) weisen derselben ein bedeutendes Resorptionsvermögen zu.

Doutrelepont.

145. **Prof. Waldenburg, Bemerkungen über einige neu empfohlene Heilmittel.** (Charité-Annalen VI. Jahrg. St. 312.)

Die bereits früher (Berl. Klin. Wochenschrift. 1879 Nr. 49 und 51) publicirten Versuche mit Inhalationen von Natr. benzoicum bei Lungen-Phthise wurden fortgesetzt, führten jedoch zu gar keinem Resultat, auch bei Diphtheritis war ein Erfolg nicht zu constatiren.

Auch die von Curschmann (Berl. Klin. W. 1879. Nr. 29) empfohlene permanente Inhalation namentlich von Carbolsäure gegen putride Bronchial- und Lungen-Affectionen erwies sich als erfolglos; als Beleg zwei Krankengeschichten.

Auch Cortex Quebracho leistete in allen Fällen angewandt, keine wesentlichen Dienste.

Sehr günstige Erfolge hatte jedoch die Anwendung des salicylsauren Streupulvers bei den Nachtschweissen der Phthisiker. Dieses von Köhnhorn empfohlene Pulver, dasselbe welches durch Verfügung der Medicinal-Abtheilung des Kriegs-Ministeriums (Salicylsäure 3,0, Amyli 10,0, Talci 87,0) schon seit einigen Jahren als wirksames Mittel gegen Fussschweisse in Gebrauch ist, beseitigt Nachtschweisse der Schwindsüchtigen bisweilen auch dann noch, wenn alle anderen Mittel, selbst Atropin, im Stiche liessen. Die ganze Haut wird mit diesem Puder Abends eingepudert, ist die Haut sehr trocken, so wird sie vorher mit Speck oder Spiritus eingerieben.

Bartold.

---

146. **Prof. Dr. Eulenburg, Ueber reflexhemmende und reflexsteigernde Wirkungen der Anästhetica und Hypnotica.** (Deutsche medic. Wochenschr. 1881. Nr. 14—16.)

Die in neuerer Zeit beobachteten Reflexphänomene (Haut-, Schleimhaut-, Sehnen-, Periost-, Fascienreflexe etc.) zeigen Aenderungen unter dem Einfluss narcotischer Substanzen, welche von Rosenbaum, Berger, Strümpell erwähnt, vom Vf. einer methodischen, eingehenden Prüfung an Thieren und Menschen unterzogen wurden, und zwar vorzugsweise in Bezug auf die Sehnenreflexe.

Chloroform steigert bei Hunden und Kaninchen im Anfang vorübergehend die Patellarreflexe; bei zunehmender Narcose verschwindet zuerst der Patellarreflex, dann die Hautreflexe, endlich die Conjunctivalreflexe, wobei meist Myosis und Pupillenstarre eintritt; beim Aussetzen der Inhalationen kehrt der Patellarreflex stets später zurück, als der Conjuctivalreflex. Ganz ebenso verhält es sich beim Menschen. Die Anästhesie ist in der Regel für den Beginn der Operation schon tief genug, ehe der Conjunctivalreflex verschwunden ist. Der Nasenreflex überdauert beim Menschen den Conjunctivalreflex.

Aether steigert bei Thieren durch die ganze Dauer der Narcose und über diese hinaus die Sehnen-, Periost-, Fascienreflexe; Reflexe, die man bei Kaninchen im normalen Zustande nicht erzeugen kann (Bauch-

Fusssohlen), lassen sich in der Aethernarkose leicht erzielen; Corneal-Conjunctivalreflex sind verlangsamt. Dem Aether ähnlich verhält sich Amylen, Aethylenbromid. Sehr verschieden davon wirken die „zweifach gechlorten Aethane und Methane, bei welchen der Cornealreflex in der Narkose früher verschwindet und nach Aufhören derselben später wiederkehrt, als der Patellarreflex; dabei in der Regel Pupillenverengerung, Puls- und Respirationsverlangsamung. Es fehlt die einleitende Reflexsteigerung. Aethylbromid äussert nur schwache Wirkungen auf die Reflexe, kein primäres Irritationsstadium, keine bestimmte Reihenfolge in der Reflexverminderung.

Was die festen, innerlich oder subcutan angewendeten Hypnotica und Sedativa betrifft, so verhalten sich Thiere dagegen zu tolerant, um die Ergebnisse direct auf den Menschen zu übertragen. 0,5 Morphium subcutan applicirt bewirkt keine beträchtliche Herabminderung der Reflexe; auch bei morphiumsüchtigen Menschen, die täglich bis 1,0 verbrauchten, sah Verf. niemals eine solche. Chloralhydrat wirkt ähnlich, aber viel schwächer und langsamer als Chloroform, und ohne voraufgehende Steigerung, hemmend. Butylchloral bewirkt zuerst Verminderung, resp. Aufhebung des Cornealreflexes, während der Patellarreflex noch vorhanden ist. Bromkolium 1,0 subcutan bei Kaninchen erzeugt anfangs Steigerung des Patellarreflexes, dann mässige Abschwächung der Corneal-Haut und Sehnenreflexe.

Schliesslich bemerkt Verf., dass im normalen Schlaf des Menschen die Reflexe in bestimmter Reihenfolge mehr und mehr abgestumpft werden, im wesentlichen also sich der Chloroformnarkose ähnlich verhalten, hingegen bei hypnotisirten, hysterolethargischen, kataleptischen Personen Steigerungen oder Uveränderlichkeit der Reflexe beobachtet werden, diese sich mithin der Aethernarkose bei Thieren analog verhalten.

R.

---

147. Dr. L. Lewin (Berlin), Ueber vegetabilische Adstringentien. (Deutsche klin. Wochenschr. 1881. Nr. 15.)

Während Tannin bisher überall als Adstringens galt, gab Rosenstein an, dass er nach Application desselben auf das Froschmesenterium eine Gefässerweiterung beobachtet habe. Dies rührt von einer in den Capillaren stattfindenden Stase her; das direct applicirte Tannin diffundirt in die Capillaren, bewirkt hier Gerinnung und somit Erweiterung der vor den Capillaren gelegenen Gefässabschnitte. Von dem in den Magen gebrachten Tannin werden stetig kleine Mengen mit dem Ernährungsmaterial in die Säftebahnen aufgenommen und als Alkalitannat in den Kreislauf übergeführt. Das so aufgenommene Tannin wird nicht vollständig in der Blutbahn zu höheren Producten oxydirt, sondern ein Theil desselben als Tannin durch den Harn ausgeschieden, mithin gelangt es unter Beibehaltung seiner vollen pharmacologischen Wirksamkeit in die verschiedenen Körpertheile, ändert die Harnsecretion, vermindert die Eiweissausscheidung im Morb. Brightii.

Da das Tannin in Lösung oder Substanz oft lokale Beschwerden in den Verdauunsorganen macht, empfiehlt L. dasselbe als gelöstes Tanninalbuminat zu geben. Sol. Acid. tannic. 2,0:100 adde agitando Sol. albnm. ovi 1:100 giebt eine opalescirende, wenig astringirend schmeckende Flüssigkeit, welche in der Leipziger Poliklinik mit Erfolg auch bei einige Wochen alten Kindern (in entsprechender Verdünnung) angeordnet wurde.

R.

---

148. **Laboulbène, Traitement du cancroïde par la pâte arsenicale.** Behandlung des Cancroids mit Arsenpaste. (Bull. gén. de Therapeutique. 1881. Bd. 100. S. 374.)

Auf ein Nasencancroid in der Gröse einer Nuss trug Laboulbène Arsenpaste auf in der Ausdehnung von einem 2 Francstück. Es folgten Entzündung und Abstossung. Die Patientin ist vollkommen geheilt. L. betont besonders die Eigenthümlichkeit der Arsenpaste, die nur erkrankten Stellen zu afficiren, ohne die gesunden Ränder derselben zu berühren.

Schulz.

---

149. **De l'huile le d'auda-assu et de la johanéséine.** Ueber das Auda-Assuöl und das Johaneseïn. (Bull. gen. de Thérapeutique. 1881. Bd. 100, S. 383. Referat aus: Journ. d. pharm. et de chirur. d'Algérie. 1881. S. 31.)

Oliveira hat aus den Früchten von Auda-Assu (Johanesia princeps, Euphorbiacee) einen Körper isolirt, den er Johaneseïn nennt. Das schwefelsaure Salz desselben ist nach Versuchen am Menschen in der Dosis von 20 ctgr völlig ungiftig. Das Oel aus den Auda-Assufrüchten ähnelt in der Wirkung dem Ricinusöl. Torrès hat dasselbe bei einem Fall von Cirrhosis hepatis mit Ascites in Dosen von 2 Theelöffeln auf eine Tasse Kaffe gegeben, es folgten 6 Darmentleerungen.

Die Beobachtungen von Torrès bestätigt Fazenda, Castro giebt als Resultate seiner Versuche mit dem Oel an, dass das Oel in Dosen von 10 gr auf einmal kein Erbrechen hervorruft, das der purgirende Effect desselben 2 bis 3 Stunden nach der Aufnahme eintritt und gewöhnlich 3 bis 4 Darmentleerungen bedingt. Nach dem Einnehmen zeigen sich bei den Kranken keinerlei Reizerscheinungen seitens des Darmtractus.

Das Auda-Assuöl kann überall da verwandt werden, wo das Ricinusöl indicirt ist, hat aber vor demselben den Vortheil, dass es dasselbe leistet in einer 4 bis 5 mal schwächeren Dosis und dass es nicht den unangenehmen Geruch des Ricinusöls besitzt. Oliveira macht noch darauf aufmerksam, dass bei der grösseren Dünnflüssigkeit des Auda-Assuöls die Adhärenz an der Mund- und Nasenschleimhaut wegfällt, die den Gebrauch des Ricinusöles so unangenehm macht.

Zur Darstellung des Oeles müssen aus den mandelartigen Früchten der Embryo und das Episperm entfernt werden, da diese beiden reizende, kolikerregende Principien enthalten.

Schulz.

Neue Bücher.

Bosworth, Manuel of diseases of the throat and nose. New-York. 17 M. 25 Pf.

Creighton, Bovine tuberculosis in man: an account of the pathology of subjected cases. London, Macmillan. 8 sh. 6 d.

Day, On the diseases of children. For practitioners and students. Churchill. 12 sh. 6 d.

Deems, Handbook of urinary analysis. Chemical and microscopical. New-York. 1 sh. 6 d.

Edwards, Constipation plainly treated and relieved without the use of drugs. Philadelphia. 4 M.

Fothergill, Aids to rational therapeutics. London, Baillière. 2 sh.

Guy, The factors of the unsound mind, with special reference to the plea of insanity and the amendment of the low. De la Rue. 5 sh.

Handbuch der gerichtlichen Medicin herausgegeben von Dr. J. Maschka. I. 2. Hälfte. Tübingen, Laupp'sche Buchhandlung. 8 M.

Hargis, Yellow fever: its ship origin and prevention. Philadelphia. 5 M. 25 Pf.

Jacobi, Treatise on diphtheria. New-York. 10 sh.

Jahrbuch der prakt. Medicin 1881. Herausgegeben von Börner. Stuttgart, Enke. 18 M.

Kane, Drugs that enslave: the opium, morphine, chloral and hashisch habits. Philadelphia. 7 sh. 6 d.

Kunze, Compendium d. prakt. Medicin 7. Aufl. Stuttg. Enke. 10 M.

Lewin, Die Nebenwirkungen der Arzneimittel, pharmacologisch-klinisches Handbuch. Berlin, Hirschwald. 6 M.

Lombard, Experimental researches on the temperature of the head, Lewis. 5 sh.

Merkel, Fibroid tumours of the uterus and ovaries. Boston. 2 sh. 6 d.

Munk, Physiologie des Menschen und der Säugethiere mit 58 Holzschnitten. Berlin, Hirschwald. 14 M.

Nowak, Lehrbuch der Hygiene. Systemat. Zusammenstellung der wichtigsten hygienischen Lehrsätze und Untersuchungsmethoden. Mit 201 Abbild. Wien, Toeplitz & Deuticke. 16 M.

Otis, Clinical lectures on the physiological pathology and treatment of syphilis. New-York. 7 sh. 6 d.

Roberts, Detection of colour blindness and imperfect eysight. David Bogue. 5 sh.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. 25. Mai. Nro. 11.

150. L. **Tumas, Ueber die Bedeutung der Bewegung für das Leben der niederen Organismen.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1881. Nr. 18.)

Dr. Horvath gelangte in seiner in Pflüger's Archiv Bd. XVII. S. 125 niedergelegten Arbeit „über den Einfluss der Bewegung und Ruhe auf das Leben“ zu dem Resultate, „dass die Entwicklung der niederen Organismen bei Bewegung aufgehalten wird“, „dass, wenn die zum Versuch dienende Flüssigkeit durch 48 Stunden starker Bewegung unterzogen wird, die in ihr enthaltenen Organismen unfähig werden, sich weiter zu vermehren“. Zu einem etwas anderen Schlusse gelangte Reinke; er sagt in Pflüger's Archiv Bd. XXIII, S. 434 („über den Einfluss mechanischer Erschütterung auf die Entwicklung der Spaltpilze“): „Aus beiden Versuchen geht zur Genüge hervor, dass in einer durch Schallwellen erschütterten Nährlösung sich die Spaltpilze unter sonst gleichen Bedingungen weit langsamer entwickeln, als in einer in Ruhe befindlichen Flüssigkeit; völlig sistirt wird ihre Vermehrung aber keineswegs, und ist daher nicht anzunehmen, dass ihr Leben durch

andauernde Erschütterung der gleichen Art vernichtet werden sollte". Tumas hat entsprechende Versuche in anderer Weise angestellt; er beschreibt seine Methode und theilt einzelne Versuche in extenso mit. Es ergab sich aus denselben, dass „unter dem Einfluss mässiger Bewegung die Entwicklung der niederen Organismen doppelt (am häufigsten), drei Mal, zuweilen sogar (seltener) fast vier Mal so rasch erfolgt, als in der Ruhe". „Nicht volle Ruhe, nicht starke Bewegung des Mittels sind die besten Bedingungen für die Entwicklung jener niederen Organismen, welche bisher in dieser Richtung untersucht worden sind". Der Versuch der Erklärung dieser Resultate und die daran geknüpften Erörterungen sind im Original nachzusehen.

E. Bardenhewer.

---

151. **A. Ceci, Ueber die haemorrhagische Infection.** Vorläufige Mittheilung. (Archiv für experim. Path. und Pharmakologie. XIII. Band, 6. Heft.)

Mit dem Blute einer 19 jährigen Frau, die 3 Tage vor ihrem Tode mit hohem Fieber, Delirien, Blut und Albumen im Harn, Hauthämorrhagien in der Prager Klinik zur Aufnahme kam und bei der die Section Hämorrhagien in den verschiedensten Organen und die mikroskopische Untersuchung des Kehlkopfes und des Peritoneum, Mikrokokkenhaufen in den Kapillaren, eingebettet in Zoogloea, ergab, wurden, da auch die anatomische Diagnose nicht mit Sicherheit gestellt werden konnte, Impfungen an Thieren, vornehmlich an Kaninchen, vorgenommen, welche zu folgenden Resultaten geführt haben:

Es giebt eine besondere Infection, die sich anatomisch durch diffuse, vorzugsweise die Muskeln, seröse Häute, die Nieren, das Knochenmark befallende, Hämorrhagien charakterisirt. Sie kann auf ein gesundes Thier durch directe Einimpfung des Blutes eines von derselben befallenen Thieres oder von mit solchem Blute angestellten Harnkulturen übertragen werden; Hausenblasenkulturen sind unwirksam. Die wirksamen Kulturen zeigen constant Trübung der Flüssigkeit und mikroskopisch kugelige, ovoide oder Bacillus-artige Organismen von äusserster Kleinheit. Längeres Stehenbleiben, Lufteinwirkung, längeres Aufeinanderfolgen von Generationen machen die Kulturen unwirksam. Im Blute wie in den Organen der den Haemorrhagien erlegenen Thiere werden häufig sehr kleine sich bewegende Körperchen wie in den Kulturen vorgefunden. Vorhergegangene Infectionen verleihen den Thieren keine Immunität gegen die hämorrhagische.

Die beschriebene Infection ist nur an der Hand der parasitären Theorie zu deuten; die Haemorrhagien kommen vielleicht durch eine materielle Veränderung der Blutgefässwandungen, welche direct durch die Parasiten oder indirect durch von ihnen bedingte chemische Veränderungen des Blutes erzeugt wird, zu Stande.

Lüderitz (Jena).

---

152. **Dr. Schneschkow, Complication des Ileotyphus mit purpura haemorrhagica.** (Medicinskoje Obosrenije 1881. Februar.)

Unter mannigfaltigen Complicationen des Abdominaltyphus gehört purpura haemorrhagica zu den seltensten und den gefährlichsten. — Griesinger, Trousseau und Liebermeister haben in solchen Fällen stets den letalen Ausgang beobachtet. — Schneschkow hat bei einem sechsjährigen Kinde, welches von leichter Form des Abdominaltyphus befallen war, am sechszehnten Tage des Verlaufs der Krankheit 3 kirschgrosse Blutergüsse am rechten Fuss, zwei am Rumpf und einen erbsengrossen an der Conjuctiva des rechten Auges plötzlich auftreten gesehen. Am andern Tage erschienen noch ungefähr 24 bis thalergrosse, blutige Flecken auf der Haut; in darauffolgenden Tagen traten successive Blutergüsse in der Mundschleimhaut, Nasenblutungen, blutenthaltende Stühle, Bluterbrechen, bluthaltiger Harn, Gelenkschmerzen im rechten Knie und Husten mit etwas bluthaltigen Sputis ein. Die Temperatur blieb unverändert; fast normale Temperatur des Morgens und geringe Temperatursteigerung am Abend. Erheblicher Verfall der Kräfte des Patienten; jedoch stellten sich die Blutungen am 21. Tage der Typhuserkrankung, die Reconvalescenzperiode verlief wie gewöhnlich, Patient genas vollständig.

Das betreffende Kind stammt nicht aus einer Bluter-Familie, ist in recht günstigen Verhältnissen aufgewachsen und ist kein anderer Grund der beschriebenen Erkrankung zu suchen, als in den, in Folge des typhösen Processes entstandenen, Veränderungen der Gefässwände selbst.

Mit dieser Auffassung stimmt überein, dass wir über die Veränderungen der Gefässwände, des Endothels und der Muskelschicht, bei Fiebernden durch die Untersuchungen von Dr. Borchsenius (Prof. Manasseins „Hornik“, Band I, 1876) unterrichtet sind. Die Veränderungen der Endothelzellen bestehen, nach Borchsenius, darin, dass die Kittstreifen zwischen den Zellen breiter werden und schliesslich vollends verschwinden; die Zellen erscheinen wie mit einander verschmolzen, trübe und grob gekörnt, die Kerne sind nicht mehr so leicht zu unterscheiden.

Die glatten Muskelfasern sind vergrössert, trübe und feingekörnt.

Krusenstern (Petersburg).

---

153. **Prof. Bollinger** (Minden), **Ueber Fleischvergiftung, intestinale Sepsis und Abdominaltyphus.** (Aerztliches Intelligenz-Bl. 1881. Nr. 15—18.)

Von den acuten Fleischvergiftungen werden die durch Trichinen hervorgerufenen in diesem Vortrage, der im ärztlichen Verein München gehalten wurde, nicht in Betracht gezogen, sondern nur die durch ektogen und postmortal entstandene Schädlichkeiten (faules Fleisch),

durch endogene Krankheitsgifte (pyämische und septische Stoffe), durch das Milzbrandgift und durch medicamentöse Intoxication der Schlachtthiere beim Menschen entstehenden Entartungen geschildert.

Zu den ektogenen Giften gehört Wurst-, Fleisch- und Fischgift, welche die Symptome einer Gastroenteritis und Sehstörungen, Aphagie, Kopfschmerzen, Schwindel, Muskelschmerzen machen.

Bei der weiteren Gruppe von Fleischvergiftung stammt das pathogene Fleisch von kranken Thieren ab und die hierdurch erzeugte Krankheitsform wird von B. als sepsis intestinalis bezeichnet.

Als hieher gehörige Beispiele werden angeführt:

1) die Fleischvergiftung in Flautun bei Zürich 1867 (unter 27 Erkrankungen 1 Todesfall);

2) die in L. bei Bregenz, Juli 1874 (alle 51 Erkrankten geheilt);

3) die Fleischvergiftung in Griessbeckerzell, Mai 1876 (sämmtliche 22 Erkrankte geheilt);

4) die bei Sonthofen, Frühjahr 1878 (10 Personen erkrankt und genesen);

5) die Fleischvergiftung in Lahr, August 1866 (ca 50 Personen erkrankt, davon 3 gestorben). Bei den schweren Fällen war auffallend die Erweiterung der Pupille. — Einzelne Eingeweide waren besonders stark infectiös.

6) Fleischvergiftung in Garunsen, Juni 1878 (17 Personen, alle genesen);

7) die in St. Georgen Württemberg 1877 (18 Personen). Die Symptome bei all diesen Erkrankungen hatten mehr oder minder Aehnlichkeit mit denen der Cholera nostras: Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Diarrhoen, Schwächegefühl und Schmerzen in den Extremitäten.

Eine weitere Gruppe von Fleischvergiftungen rechnete man bisher theils zum Milzbrand, theils zum Abdominaltyphus.

Nach der Ansicht B.'s gehören die Massenerkrankungen, die 1876 in Nordhausen und 1877 in Wurzen beobachtet wurden, nicht zum Milzbrand, da gegen diesen die allzu kurze Incubation sprechen, der klinische Verlauf, ferner der Umstand, dass durch Kochen das Gift nur gemildert wurde, dann die Massenerkrankungen an sich und endlich die geringe Mortalität.

Weiter gehören zur intestinalen Sepsis die in Chemnitz 1879 beobachteten Vergiftungen (unter 243 Erkrankungen 1 Todesfall) und eine kleine Epidemie vom Juli 1879 in Lockwitz und Niedersedlitz bei Dresden.

Durch Genuss von Fleisch, das in Form von frischen Würsten verzehrt wurde, kamen Vergiftungen in Middelburg (Holland) 1874 und in Neubodenbach (Sachsen) 1879 zur Beobachtung.

Die schon früher mehrfach und neuerdings wiederum zum Abdominaltyphus gerechneten Erkrankungen in Andelfingen, Kloten, Birmenstorf und Wärenlos rechnet B. zur mycotisch intestinalen Sepsis.

Es handelte sich bei diesen Erkrankungen, insbesondere bei der Klotener Epidemie, um eine Art von mycotischer Infection, die grosse Aehnlichkeit, ja sogar nahe Verwandtschaft mit dem menschlichen Ab-

dominaltyphus hatte und vielleicht als eine Abart desselben zu betrachten ist.

Die Annahme, dass acute Fleischvergiftungen durch medicamentöse Intoxication der Schlachtthiere vorkommen können, wird nicht völlig von der Hand zu weisen sein, häufiger jedoch werden giftige Beimengungen bei der Zubereitung des Fleisches erfolgen, wie eine Beobachtung in Schaffhausen 1880 lehrt, wo in den Würsten Arsenik nachgewiesen wurde.

Nach einem kurzen Rückblick auf die geschilderten Epidemien, die eine Gesammtzahl von nahezu 3000 Erkrankungen mit 40 Todesfällen repräsentiren und nach Besprechung der Aetiologie, Incubation, Symptomatologie und Diagnose der intestinalen Sepsis, schliesst B. mit dem Hinweis auf den wichtigen Standpunkt, den die Sanitätspolizei hinsichtlich der pyämischen und septischen Erkrankungen unserer Schlachtthiere einzunehmen hat.

Seifert (Würzburg).

---

154. **Dr. Oseretzkowsky, Zwei Fälle von spontanen Rippenfracturen bei scorbutus.** (Wratsch 1880. Nr. 51.)

1. Patient, 27 Jahre alt, trat ein ins Hospital bei remittirender Fiebertemperatur (M. 37,0 — Ab. 39,5) mit exquisiten scorbutischen Erscheinungen an untern Extremitäten und in beiden Pleurahöhlen, welche ihn zu Tode führten. Schon bei der ersten Untersuchung des P. bemerkte Oseretzkowsky eine besondere Empfindlichkeit der untern Rippenknorpelenden; etwa 2 Wochen später waren rechts unzweifelhafte Fracturzeichen der 3., 4. und 5. Rippenenden wahrzunehmen. Die Ursache der stattgefundenen Fracturen liess sich bei anatomischer Untersuchung der gebrochenen Rippenenden auf die Necrose der letzteren zurückführen; die Necrose aber entstand in Folge der vorausgegangenen subperiostalen Blutungen, welche auf die Ernährung des Knochen beeinträchtigend gewirkt hatten.

2. Beim andern Patienten (22 Jahre alt), welcher, trotz des hohen Fiebers (38,8—40,0), an leichten localen Scorbutuserscheinungen leidend war, hat Verf. beim Eintritt des Patienten ins Hospital auf die Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Rippenknorpel seine Aufmerksamkeit gelenkt. Nach ungefähr drei Wochen zweifellose Fracturzeichen, welche sich allmählig an 3, 4, 5 und 6 Rippenenden beiderseits entwickelt hatten. — Die vordere Brustwand war in Folge dessen stark eingesunken, die freien Rippenenden bildeten ein Dreieck, dessen Basis nach unten gerichtet war, die Respiration kam nur durch die Contraction des Diaphragmas zu Stande. Unter sehr hohem constanten Fieber und endzündlichen Processen der Brustorgane, unter unbeschreibbaren Qualen ging der Kranke zu Grunde.

Die Rippenfracturen bei Scorbutus entstehen also entweder in Folge der Ablösung des Periosts und desswegen aufgehobenen Er-

nährung des Knochens, resp. durch Knochennecrose oder aber in Folge der Erkankung der Knochensubstanz selbst; die letztere erleidet dabei beträchtliche Structurveränderungen und verliert ihre Resistenzfähigkeit.

Krusenstern (Petersburg).

---

155. **Dr. Petrowsky, Milzabscess nach Febris recurrens.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1881. XXVIII. p. 391.)

Das seltene Vorkommen von Milzabscessen nach Febris recurrens und die Spärlichkeit des klinischen Materials sind die Ursachen, dass das klinische Bild dieser Nachkrankheit bis jetzt noch bei Weitem nicht hinlänglich ausgearbeitet ist.

Dr. Kernig (St. Petersb. Medic. Zeitschr. XII. 1867) hat auf Grund der Beobachtung von 4 Fällen einen Symptomencomplex basirt, der in Kürze folgende Hauptpunkte enthält: „mässiges Fieber, welches erst nach Ablauf der Recurrens beginnt; zu demselben gesellen sich Entzündungen in der linken Pleura, Lunge oder dem Peritoneum; das klinische Bild des letzteren maskirt das Bild der Milzabscesse und an den Folgen derselben geht der Patient zu Grunde".

Von 5 Fällen, welche P. im St. Petersburger Gefängnisshospitale beobachtete, entsprachen 3 im Allgemeinen dem Typus der von Kernig beschriebenen. Davon betreffen Fall I und II Milzabscesse mit Eröffnung in die Bauchhöhle, Fall III einen Milzabscess, der sich durch das Diaphragma und die linke Lunge nach Aussen eröffnet; alle drei Fälle mit letalem Ausgang.

Im Falle I beginnt das Fieber am 2. Tage nach der 2. Remission mit einer Morgentemperatur von 38 ° und einer abendlichen Steigerung auf 39,2 ° C. Am 2. Tage nach Beginn des Fiebers tritt unter Steigerung derselben ein Erysipelas faciei auf, das bis zum 8. Tage anhält; von da an entwickeln sich die Erscheinungen einer Peritonitis, der der Kranke erliegt, ohne dass er ausser dem Milztumor örtliche Erscheinungen dargeboten hätte, die auf den Milzabscess hätten schliessen lassen können, der bei der Obduction gefunden wurde.

Im Falle II beginnt der Anfall mit Schüttelfrost und heftigen Schmerzen in der Milzgegend und unterscheidet sich hauptsächlich durch diese beiden Momente vom Falle I. — Bemerkenswerth ist dabei, dass die Schmerzen in der Milzgegend noch in die Apyrexie hinein sich erstrecken, was darauf hindeutet, dass trotz der Fieberlosigkeit in der Milz doch ein entzündlicher Prozess besteht, welcher den Peritonealüberzug ergreift; daraus resultirt, dass eine Entzündung im Parenchym der Milz und deren Umgebung auch ohne Fieber zur Entwicklung kommen kann. In einem dritten Fieberanfall erfolgte der Tod des Kranken; für diese letzte dem letalen Ausgang vorhergehende Fieberperiode ist es schwer zu entscheiden, ob dieselbe in der That als erneuter Recurrensanfall, oder als durch den Milzabscess, der bei der Obduction gefunden wurde, bedingt zu betrachten. Intra vitam neigte man zu ersterer Ansicht hin.

In Fall III zeigt die Milz schon heftige Schmerzhaftigkeit im Beginn des ersten Anfalls, welche die 3 ersten Tage der ersten Remission anhielt, dann aber verschwand. — Im zweiten Anfall zeigte die Milz keine Schmerzhaftigkeit. Am 6. Tage der 2. Remission fand die Eröffnung des Abscesses durch Diaphragma und Lungen nach Aussen statt. — Bei der Obduction fanden sich Verwachsungen mit dem Brustkorb, mit Diaphragma und Lunge und mit den Gedärmen. Bei der Verwachsungsstelle mit dem Diaphragma und der Lunge eine Abscesshöhle von der Grösse einer Wallnuss, deren untere Grenze im Milzparenchym, deren obere im Lungenparenchym des unteren Lappens gelegen ist. Aus der hochgradigen Schmerzhaftigkeit der Milzgegend gleich bei Beginn des ersten Recurrensanfalls schliesst P., dass der Milzabscess nicht immer nach Beendigung eines Recurrensanfalls seine Entwicklung nimmt, sondern dass derselbe schon während des ersten Anfalls beginnen kann und sich dann während der Remission und des nächsten Anfalls fortentwickelt, ohne das klinische Bild der Recurrens zu stören.

Die zwei letzten Fälle gestalteten sich zu folgendem von dem Kernig'schen abweichenden klinischen Bilde: „Milzabscesse, die sich nicht in irgend eine Leibeshöhle eröffnen, einen chronischen Verlauf haben, durch Erschöpfung und Kräfteverfall oder durch irgend eine intercurrente Krankheit letal enden“.

Im Falle IV entwickelten sich innerhalb 2 Wochen 3 Recurrensanfälle: der erste Anfall dauerte 5 Tage, ihm folgte eine 3 tägige Remission; der zweite Anfall dauerte vom 8. bis 11. Krankheitstage; der dritte Anfall vom 13. bis 15. Krankheitstage, diesem folgt die dritte Remission. Am 20. Tage trat eine abendliche Temperatursteigerung ein auf 38,9, ohne objective und subjective Begleiterscheinungen; — diese abendlichen Temperatursteigerungen bei normaler Morgentemperatur dauerten 4 Tage. Am 24. Krankheitstage Morgens Schüttelfrost und Erhöhung der Temperatur auf 39 ° C., dabei nimmt die bis zur Rippe reichende Milzanschwellung rasch zu und reicht bis zur 6. Rippe. — Auf eine Apyrexie am 29. und 30. Krankheitstage folgte vom 31. Krankheitstage an eine Periode mit unregelmässiger Fiebercurve, abendlichen Exacerbationen, bisweilen auch höhere Morgentemperaturen; die Milz bleibt geschwollen. Diese Fieberperiode dauerte 2 Wochen, am 9. Tage derselben heftige stechende Schmerzen in der Milzgegend, welche innerhalb 3 Tagen an Intensität verlieren, am 13. Tage aber von neuem sich verstärken. In der Nacht vom 14. auf den 15. (resp. 44. auf den 45.) Tag erfolgte der Tod des Patienten.

Die Obduction ergab, ausser einer Vergrösserung der Leber mit Trübung ihres Parenchyms einen bedeutenden Milztumor mit derber Pulpa, auf der convexen Fläche mit dem Brustkorb in der Gegend der letzten Rippe verwachsen; in der Tiefe des Parenchyms eine Höhle von der Grösse eines Hühnerei's; darunter auf der convexen Fläche einen gelblichen Infarct im Zustande der Erweichung.

Aus dem Verlauf der Fieberanfälle, insbesondere aus der zwischen dem 4. Recurrensanfall (20.—24. Tag) und der letzten 14 tägigen Fieberperiode eingeschalteten, von Schüttelfrost eingeleiteten 5 tägigen (24.

—29.) Fieberperiode, welche sich durch hohe Abendtemperaturen und vermehrte Milzschwellung kennzeichnete, schliesst P., dass die Milzabscessentwicklung am 6. Tage der 2. Remission begann und von da an ungestört ihre Symptome weiter entfaltete. Die stechenden Schmerzen in der Milzgegend gegen Ende des Krankheitsprocesses (39. Tag) sind auf das Uebergreifen der Entzündung auf die Peritonealhöle und die Entwicklung einer circumscripten Peritonitis zu beziehen. Der Tod erfolgte durch allmähligen Kräfteverfall.

Im Falle V wurden Abscesse an der Galea, dem rechten unteren Kieferwinkel und ein vom Knochen ausgehender Abscess des Sternums beobachtet, welche aber auf den Milzabscess ohne Einfluss waren.

Der Patient wurde am Ende des ersten Anfalls in der 3. Remission am 6. Krankheitstage aufgenommen, der zweite Anfall dauerte vom 7. bis 17. Tage, die dritte Fieberperiode vom 17. Tage Abends bis zum Tode am 18. Tage. Nach dem 2. Anfall entwickelte sich ein Icterus, der bald wieder abnahm und eine Milzschwellung bis zur 7. Rippe, die bei der Percussion nicht schmerzhaft war. Erst am 46. Tage trat Schmerzhaftigkeit der Milzgegend bei der Percussion auf, die sich in der Folge noch erheblich steigerte und mit geringer, vorübergehender Verminderung vom 64. Tage bis zum Tode anhielt. Während des ganzen Verlaufs wurden bronchitische Erscheinungen constatirt; dem Tode voraus gingen Durchfälle; — während der ganzen Dauer der Krankheit fühlte sich der Pat. ausserordentlich schwach und starb ohne besondere Erscheinungen, ohne Agone an Erschöpfung.

Die Obduction ergab Verwachsung der Milz mit der inneren Thoraxwand, dem Omentum minus und dem Magen. Bei Ablösung von der Thoraxwand entleert sich Eiter aus einer in die Tiefe des Milzparenchyms sich erstreckenden Abscesshöhle von der Grösse einer Wallnuss.

Auf Grund dieser Beobachtungen und des bis jetzt vorliegenden klinischen Materials stellt P. zwei klinisch-typische Bilder auf, unter denen die Milzabscesse sich entwickeln. Der eine Typus (durch Fall IV und V vertreten) ist dadurch charakterisirt, dass die Complication mit consecutiven Entzündungen der Nachbarorgane nur von untergeordneter Bedeutung ist, während für den andern Typus die Complication des Milzabscesses mit Entzündung der Nachbarorgane (Peritoneum, Pleura) als charakteristisch zu bezeichnen ist. — Der Fieberverlauf hat in dem klinischen Bilde des ersten Typus einen hektischen Charakter, der sich bei dem andern Typus nicht erkennen lässt; — die für den letztern Typus charakteristischen Complicationen bedingen auch den tödlichen Ausgang, während derselbe in den Fällen des ersteren Typus durch Erschöpfung und Kräfteverfall erfolgte. — Schliesslich theilt P. noch einen Fall mit, bei dem auf Grund der dem klinischen Bilde entsprechenden Erscheinungen ein Milztumor diagnosticirt wurde, der in Genesung endete. P. hält es für höchst wahrscheinlich, dass die Milzabscesse nach Febris recurrens viel öfter vorkommen, als man nach den Fällen mit tödlichem Ausgange annehmen kann.

Engesser (Freiburg i. B.)

156. **Dr. Ad. Müller** (Gunzenhausen), **Ueber Geistesstörung im Verlauf des acuten Gelenkrheumatismus.** (Aerztliches Intelligenz-Blatt 1881. Nr. 19.)

Ein 28jähriges Bauernmädchen erkrankte zum 2. Male an Gelenkrheumatismus. Zugleich Endocarditis, Pericarditis, doppelseitige Pleuritis mit bedrohlichen Collapserscheinungen. Nach 14 Tagen Besserung, Rückgang der Exsudate, aber fortdauernde Temperatursteigerung. Jetzt Geistesstörung in Form von Melancholia cum stupore, zeitweise Anklänge an Melancholia agitata.

Nach 3-wöchentlicher Dauer der Geistesstörung, während welcher Jodeisen, Wein, kräftige Diät, bei Unruhe Chloralhydrat gereicht wurde, reagirte Pat. wieder auf Fragen, erkannte ihre Umgebung, hatte aber für die 3 Wochen das Gedächtniss verloren. Von da an langsame geistige und körperliche Erholung, die Entzündungsprodukte der serösen Häute wurden völlig resorbirt.

Dieser Fall scheint die Ansicht Simons, dass es sich bei solchen Störungen im Wesentlichen um Inanitionspsychosen handle, zu unterstützen.

Seifert (Würzburg).

---

157. **Dr. Richter** (Sonneberg i. Thür.), **Neuritis ascendens centralis.** (Correspondenz-Blätter des allg. ärztl. Vereins v. Thür. 1881. Nr. 4.)

Verf. theilt folgenden Fall mit. Bei einem 20 jährigen Gymnasiasten, der seit 5 Jahren an heftigen neuralgischen Schmerzen im linken Bein, seit etwa $4^1/_2$ Jahren ausserdem an Schmerzen im rechten Bein, im Rücken und in beiden Armen leidet, bleiben die verschiedensten Heilversuche (Bäder, Electricität, Nervendehnung u. A.) fruchtlos. Die Ernährung des Kranken nimmt ab. Bei der Aufnahme in Sonneberg ist an dem blassen Patienten, der sich nur mühsam an 2 Krücken fortbewegen kann, vorzüglich eine Atrophie des linken Beins, mehrere Druckschmerzpunkte an der Wirbelsäule, Druckempfindlichkeit der Ischiadici nachzuweisen. Unter methodischer streng überwachter Wasserkur, die mit fast warmen Bädern beginnend zu kühlen Proceduren herabging, tritt nur bei gleichmässiger galvanischer Behandlung ganz allmähliche Besserung auf, die Ernährung hebt sich, die Atrophie und die Schmerzen verschwinden, die Motilität wird restituirt, — so dass Patient nach 5-monatlicher Behandlung gesund entlassen werden kann.

Lüderitz (Jena).

---

158. **Dr. Karl Jaffé** (Hamburg), **Ueber subphrenische Abscesse nebst Bemerkungen über die Operation des Empyems.**

Diese immerhin seltene Affection ist unter verschiedenen Namen von verschiedenen Autoren, von Leyden als Pyopneumothorax suphrenicus (Zeitschrift für klin. Medicin. Bd. 1.) beschrieben worden.

Zur differentiellen Diagnostik gegenüber dem Empyem trägt zunächst die Anamnese bei. Subphrenische Abscesse sind immer secundär; perforirtes Ulc. ventric. oder duodeni, paratyphlitische Abscesse, Traumen, welche Blutergüsse erzeugten, die wegen der Nähe der Darmgase nicht resorbirt werden, sondern vereitern — bedingen dieselben. Die physikalische Untersuchung ergiebt ein Eiterdepot in der unteren Thoraxgegend. Es sind aber die in die Lunge perforirten Abscesse von den nicht perforirten zu unterscheiden. Letztere sind von Pyopneumothorax direct nicht zu unterscheiden, bei ersteren ist die scharfe Grenze wichtig, welche die ganz normalen Perkussions- und Auskultationserscheinungen der oberen Parthie von der abnormen der unteren des Thorax scheidet. Bei der Punktion zeigt sich, dass der Eiter während der Inspiration stärker fliesst, als während der Exspiration (Pfahl), was bei Pyothorax umgekehrt ist. Dr. J. theilt sodann 2 Fälle aus dem Hamburger Krankenhause mit. Der erste, welcher trotz Eröffnung, Drainage und permanentem, antiseptischem Bade (4 ko Natr. subsulfuros.) durch Inanition tödtlich verlief, ergab neben einem retroperitonealen Kothabscess hinter dem Coecum einen mit diesem nicht communicirenden Abscess zwischen Leber und Zwerchfell, mit jauchigem Inhalt. Im 2. Falle handelte es sich um einen 24 jährigen Kutscher, der auf dem Bauche, nach rechts gewendet, liegend von einem Wagen überfahren wurde, so dass die Räder also den Rücken und mehr die linke Rippengegend trafen. Anfangs fand sich nur etwas Milzvergrösserung, Schmerz und Druckempfindlichkeit des Epigastr.; nach 8 Tagen plötzlich Stiche in der linken Seite, Fieber; schon Tags darauf intensive Dämpfung bis zur Mitte der Scupula, in der Seitenwand bis zur 7., vorne bis zur 3. Rippe. Die Herzdämpfung überragte den rechten Sternalrand. Punktion am untern Winkel der Scupula entleerte 1500 ccm dünner, blutiger Flüssigkeit mit grosser Erleichterung; Fieber und Dyspnoe verschwanden. Aber bald folgte eine Verschlimmerung; die Dämpfung stieg bis fast zur Spina scap.; eine abermalige Punktion an derselben Stelle entleerte 1500 ccm schwarzbraune, theerartige, zähe Flüssigkeit. Am andern Morgen Erbrechen, Collaps, aufgetriebener Leib, Icterus, Singultus; am 5. Tage tödtlicher Ausgang. Section: diffuse Peritonitis, und links im Pleuraraum 500 ccm serösen pleuritischen Ergusses bei intactem Zwerchfell. Unter dem Zwerchfell, in der linken untern Thoraxhälfte eine grosse, mit flüssigem, zersetztem und mit Eiter gemischtem Blute gefüllte Höhle, nach oben vom Zwerchfell, nach links von der Brustwand, nach unten von der Flexura coli sin., nach rechts von der radix mesent., nach hinten von Pankreas begrenzt. Im obern äussern Theil der Höhle lag die Milz, die in ihrem vordern Drittheil vollständig zertrümmert, im übrigen blutreich, gequollen und erweicht erschien.

Dr. J. theilt dann die Behandlung mit, welche nach dem Vorgange des Dr. Bülau auf der innern Abtheilung des Hamburger Krankenhauses seit langer Zeit bei Empyem angewendet wird. Der Kranke wird mit entblösstem Oberkörper an den Rand des Bettes gebracht, welcher der kranken Seite entspricht, die Haut der Einstichstelle gründlich gereinigt und desinficirt. Im 6. und 7. Intercostalraum in der Axillarlinie wird mit einem nicht zu dünnen, wohl desinficirten Troikart,

der einen dünnen, vulkanisirten Kautschuckkatheter bequem aufnehmen kann, eingestochen. Man lässt ein Quantum Eiter ausfliessen; sobald der Abfluss langsamer wird, führt man an die Lichtung der Canüle des vorher präparirten Abflussrohrs (einen neuen, gut desinficirten Nélaton'schen Katheter) ein, welcher durch ein Glasrohr mit einem Gummischlauch verbunden ist, lang genug um bis zur Erde zu reichen. Die Troikartkanüle wird nun herausgezogen, der Katheter durch einen durchgezogenen Seidenfaden und Heftpflaster in der Wunde fixirt, und ein leichter antiseptischer Verband circulär um den Katheter angelegt. Der Gummischlauch taucht, so lange noch spontan Eiter abfliesst, in ein Gefäss mit 5-procentiger Carbollösung; hierauf wird derselbe in ein mit erwärmter, 1-procentiger Carbol-, Salicyl-, Thymol- etc. Lösung gefülltes Gefäss gesenkt und dieses über das Niveau des Kranken erhoben, und nachdem ein Theil in den Thorax eingeflossen, wieder gesenkt. Diese Ausspülungen erfolgen anfangs 2—3 mal täglich — mit Verminderung der Eiterung seltener; bei Aufhören der Secretion wurden statt des Nélaton immer dünner werdende Drains eingelegt; in wenigen Wochen erfolgt der Verschluss der Fistel. Verf. bespricht dann die Empyemoperation im Allgemeinen und ist der Ansicht, dass wenn auch principiell nur das König'sche Verfahren (Schnitt mit ausführlicher Antisepsis) gerechtfertigt sei, in praxi doch das Bülau'sche oft ausreiche und desshalb seiner grossen Einfachheit halber Nachahmung verdiene.

R.

---

159. **Dr. E. Fischer, Ein Fall von Echinococcus der Brustdrüse.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir. XIV, 3 und 4. S. 366.)

Patientin, eine grosse Hundeliebhaberin, welche sich täglich von ihrem Hunde hatte lecken und liebkosen lassen, bemerkte zuerst in ihrem 17. Jahre in der rechten Brustdrüse einen Knoten von der Grösse einer Kastanie, welcher sehr hart, rund beweglich und unempfindlich war. Derselbe blieb drei Jahre lang von derselben Beschaffenheit, dann traten stechende und bis in die Schulter und den Arm ziehende Schmerzen in der Brust an der Stelle, wo die Geschwulst sass, auf, während diese selbst auf Druck unempfindlich blieb, aber an Grösse zunahm, so dass sie bei der Operation im 22. Jahre der Patientin die Grösse eines kleinen Apfels hatte. Bei der Exstirpation zeigte sich die Bindegewebskapsel überall fest mit den umgebenden Geweben verwachsen. Nach Eröffnung der Kapsel floss eine wasserklare Flüssigkeit aus und die Echinococcusblase fiel vor, welche eine ganze Schaar Echinococcusscolices, viele auf einem gemeinsamen Stiel zu Colonien gruppirt enthielt. In 8 Tagen Heilung.

Doutrelepont.

160. **Dr. W. Pichler** (Carlsbad), **Chronische Cystitis. Pneumaturie.** (Allgem. Wiener medicin. Zeitung. 1881. IV. Nr. 1.)

Bei einem ziemlich kräftigen mit einem chronischen, eitrigen Blasencatarrhe behafteten Manne fand sich die eigenthümliche Erscheinung, dass oftmals beim Uriniren dem letzten Tropfen Harnes unter laut hörbarem, zischenden Geräusch Luft in ziemlich reichlicher Menge folgte. Diese Erscheinung bestand seit 8 Jahren und hatte sich wahrscheinlich nach einem Typhus entwickelt, so dass P. schliesst, sowohl nach der Natur der geruchlosen Gase sowie weil niemals Faeces durch die Harnröhre austraten, dass in Folge von Perforation eines Typhus-Geschwüres in die Blase nach vorheriger Verlöthung mit dem Darm eine feine Communication zwischen Blasen- und Darm-Höhle bestehe. Die Kur in Carlsbad blieb ohne Erfolg. Einen ähnlichen Fall fand Vf. nur von Quiquerez (Zeitschr. f. pract. Heilkunde 1863. IV Nr. 52) beschrieben.

Bartold.

---

161. **Dr. Truka, Ein Fall von ungewöhnlich grossem centralen Osteosarcom des Oberkiefers.** Exstirpation. Heilung. **(Zeitschrift** für Heilkunde. I. Bd. 5. u. 6. Heft. Prag 1881.)

Verf. theilt einen Fall mit, wo bei einem 22 Jahre alten Patienten ein gestieltes Osteosarcom des Oberkiefers von Prof. Billroth in der Weise operirt wurde, dass zunächst der muskulöse Ueberzug des Tumors dort, wo die Einschnürung entsprechend der Oberlippe am grössten war, circulär umschnitten wurde, und nach Zurückdrehung derselben mit dem Raspatorium besonders weithin am harten Gaumen der Tumor mit der Säge abgetragen wurde. Die Entwickelung der Geschwulst wurde zwischen dem 10. und 11. Lebensjahre wahrgenommen. Verf. nimmt, wie Billroth, Senftleben u. A., an, dass der Zahnwechsel als aetiologisches Moment zur Entwicklung des Tumors anzusehen sei. Entsprechend der Stelle, wo der obere Eckzahn permanent durchbricht, bemerkte der Patient zwischen dem 10. und 11. Lebensjahre eine Auftreibung, aus der sich im Laufe der Jahre eine colossale Geschwulst entwickelte, die zwar alle Zähne dislocirte, aber als solche in dem Theil des Alveolarknochens, der in der Geschwulst aufgegangen ist, unverändert aufwies.

In anderen Fällen von Osteosarcom kann ein Trauma als Entstehungsursache angesehen werden.

Kohts (Strassburg).

---

162. **Hidor Alfoeldi, Zur Pilocarpinbehandlung der Diphtheritis.** (Wien. med. Presse Nr. 13.)

163. **Joseph Schmid, Zur Pilocarpinbehandlung der Diphtheritis.** (Wien. med. Presse Nr. 15.)

A. wendete das Pilocarpin in 6 Fällen von Diphtheritis an, alle endeten letal; ebenso verliefen 5 von Collegen behandelte Fälle bei Gebrauch von Pilocarpin tödtlich. Den Tod eines 5jährigen Knaben unter den Erscheinungen des Lungenoedems glaubt A. geradezu auf den Gebrauch des Pilocarpin zurückführen zu müssen.

S. hat mit seinen Collegen Dr. Szymonowicz und Dr. Glarczynski die Pilocarpin-Wirkung in einer grösseren Anzahl von Diphtheritis-Fällen einer genaueren Prüfung unterzogen. Sie kamen zu dem Resultate, dass das Pilocarpin gegen jede Form der Diphtheritis (sie unterscheiden mit Oertel eine catarrhalische, croupöse und septische Form) vollkommen wirkungslos sei; es beeinflusse den Krankheitsprocess in keiner nur halbwegs günstigen Weise; bei der septischen Form wirke es geradezu schädlich, da es frühzeitigen Collapsus bewirke und den ungünstigen Ausgang nur beschleunige.

Ungar.

---

164. **A. Hiller, Ueber Arznei-Pilze.** (Zeitschrift f. klin. Medicin. Bd. III, Heft I.)

Verf. sucht den Grund des Auftretens von Schimmel in destillirtem Wasser und zusammengesetzten Mitteln in dem Hereingerathen von athmosphärischem Staub in dieselben, nachdem dieselbe Ansicht, neben einem Hinweis auf die Bedeutung einer, bei chemischen Präparaten etc. sehr häufigen geringen Verunreinigung durch Schwefelsäure bereits von Binz ausgesprochen worden war. Verf. berichtet über die schädlichen Folgen der Schimmelbildung in arzneilichen Lösungen, die zur subcutanen Injection verwandt worden waren. Er erwähnt 2 Fälle, wo Abscedirung aufgetreten war nach Injection von Morphiumlösung (1: Aq. dest. et Glycerin āā 25,0), die etwa 6 Wochen alt war. Sowohl frei umherschwimmend als auch den Glaswänden und dem Korke ansitzend fanden sich Rasen und Fragmente des Mycelium von Eurotium aspergillus neben massenhaften Sporen desselben Pilzes. Die Lösung reagirte schwachsauer, roch auch säuerlich. Hautröthung und vorübergehende Dermatitis war nach Einspritzungen derselben Lösung öfter beobachtet worden.

Eine ausgedehnte, tiefgreifende und abscedirende Phlegmone des Oberschenkels entstand bei einer Frau, der post abortum innerhalb weniger Tage 3 Mal 1 Pravaz'sche Spritze voll Ergotinlösung (2,0: Aq. dest. et Glycerin āā 10) in den Oberschenkel injicirt worden war. Der Abscess war von profuser Eitersecretion und weithin sich erstreckenden Senkungen begleitet. In der mehr als 3 Monate alten Ergotinlösung wurden grosse Schimmelbeläge von Aspergillus

glaucus gefunden neben zahlreichen Flecken eines dichten, verästelten Fadenpilzmyceliums und Sporen. Auch diese Lösung reagirte schwachsauer. Verf. lässt es dahingestellt sein, ob die Pilze oder die durch ihre Anwesenheit bedingten Umsetzungsproducte in der Flüssigkeit die Abscedirung herbeigeführt haben, stellt aber fest, dass ein Zusammenhang zwischen Verschimmelung und Abscedirung bestehe. H. selbst bekam während einer Iritis nach 2½ wöchentlicher Anwendung einer 1% Atropinlösung, welche bis dahin gut ertragen war, plötzlich heftige Conjunctivitis. Dieselbe schwand nach Anwendung einer frischen Atropinlösung unter der üblichen Medication wieder. Es fand sich, dass die erste Lösung deutlich sauer reagirte und zahlreiche stecknadelkopfgrosse Flecken von Fadenpilzknäulen enthielt. Es ist daher nicht unwahrscheinlich, dass die Ursache der meisten Fälle von Atropinconjunctivitis in der Anwesenheit solcher Pilze beziehentlich der durch sie bewirkten Zersetzungsproducte zu suchen ist, zumal Verf. dieselben „Atropinpilze“ auch noch in anderer, älterer Atropinlösung vorfand.

Das Verschlucken verschimmelter Arzneilösungen hält Verf. mit Binz und Rosenthal für wenig bedenklich, hält jedoch auch hier Vorsicht für geboten.

„Jeder Arzt hat also ein wohlbegründetes Interesse daran, Arzneiflüssigkeiten, welche für einen länger fortgesetzten Gebrauch bestimmt sind, also Pinselwässer, Verbandwässer, Augentropfen und Lösungen zur subcutanen Injection, vor der Entwicklung von parasitischen Pflanzen zu schützen“. Als dazu dienende Mittel giebt H. an: Grosse Sorgfalt bei der Anfertigung der Arzneilösungen, Vermeiden des Eintauchens von Pincetten, Pinseln und Canülen in die Flüssigkeit und häufige Erneuerung der Arzneilösungen. Letzteren Punkt anlangend, schlägt Verf. vor, adstringirende Augenwässer und Atropinlösungen nicht länger als 8, Flüssigkeiten zur subcutanen Injection nicht länger als 14 Tage zu benutzen.

Schulz.

---

165. **Dr. Edgar Kurz** (Florenz), **Zur Anwendung des Amylnitrit.** (Memorab. XXVI. Jahrg. 1881. 2. Heft.)

Verf. hat Amylnitrit bei verschiedenen krankhaften Zuständen angewendet und empfiehlt dessen Wirkung als eine meist sehr zuverlässige. Aeusserlich als Einreibung bei „Magenschmerzen“ und dem sog. nervösen Zahnschmerz, sowie bei Neuralgien der Trigeminus-Aeste hatte es eine günstige palliative Wirkung.

Die in der Arbeit von Pick „Ueber das Amylnitrit“ bereits veröffentlichten günstigen Wirkungen der Amyl-Inhalation bei der angiospastischen Hemikranie, bei Dysmenorrhoe, bei Schwindel und Ohnmacht anämischer Personen, bei Seekrankheit, Chloroform-Syncope wurden bestätigt. Bei je einem Anfall von Epilepsie und von hysterischen Krämpfen war eine Wirkung nicht zu beobachten.

Eine der wichtigsten Indicationen für das Medicament sieht Verf. in der Insufficienz des Herzens und der drohenden Herzparalyse. „In

solchen Fällen kann es geradezu lebensrettend wirken, indem es durch Herbeiführung peripherer Hyperämie und Anregung des capillären Kreislaufs den Blutdruck vermindert und Zeit gewonnen wird, bis sich die Wirkung von Digitalis, Champagner etc. entfalten kann". So wurden von einem Kranken, welcher mit mehrjähriger Mitralinsufficienz plötzlich von Delirium cordis mit Erbrechen, kühlen Extremitäten befallen wurde, in einer Nacht in Dosen von 3, später selbst 10 Tropfen, im Ganzen 10 gr verbraucht ohne besondere schädliche Folgen, vielmehr hatte unterdess ein per Clysma beigebrachtes Digitalis-Infus die gewünschte Beruhigung der Herzthätigkeit herbeigeführt.

In einem zweiten Falle, wo ein 30-jähriger kräftiger Mann mit Cholera-ähnlichen Erscheinungen erkrankt und in starken Collaps mit starker Pulsbeschleunigung (200) verfallen war, bewirkten Amylnitrit-Inhalationen, häufig wiederholt, eine Verminderung der Puls-Frequenz, Regulirung der vorher unregelmässigen Athmung, Wiederkehr der Hautwärme in der erkalteten Haut und Aufhören der diarrhoischen Stühle.

Bartold.

---

166. **H. Schulz, Ueber den Parallelismus der Wirkungsart bei Coniin und Curare, sowie dessen klinische Bedeutung.** (Zeitschr. f. klinische Medizin. Bd. III. H. 5.)

Einer innerhalb bestimmter Grenzen liegenden, mit sicherer Voraussicht des Erfolges verbundenen therapeutischen Verwendung des Curare steht die Beschaffenheit des Präparates selbst im Wege. Dasselbe ist in seiner Wirkungsweise so inconstant, jedes einzelne Präparat selbst im Verlauf der Zeit so wenig haltbar, dass es für jeden einzelnen Fall, wo dasselbe benutzt werden soll, einer Vorprüfung in corpore vivo bedarf um sich über die Höhe der beim Menschen zu verwendenden Dosis einigermassen Sicherheit zu verschaffen. Dieses Uebelstandes wegen, dann aber auch, weil in zwei Fällen trotz des unsicheren Präparates Erfolge erzielt wurden bei einer Krankheitsform, die bislang der Therapie spottete, der Lyssa humana, unternahm Ref. Versuche mit bromwasserstoffsaurem Chinin, um in diesem Präparat möglicherweise ein Mittel nachweisen zu können, geeignet, das Curare zu ersetzen. Dass das Coniin ebenso wie das Curare die peripheren Endigungen der motorischen Nerven lähme, war bereits durch Kölliker experimentell dargethan. Das Coniin ist aber als solches seiner chemischen und physikalischen Eigenschaften wegen wenig dazu geeignet, allgemein therapeutisch benutzt zu werden. Anders liegt die Sache für das bromwasserstoffsaure Coniin. Wir besitzen in demselben ein leicht lösliches Salz, constant in seinem Coniingehalt und ebenso wirkend wie das reine Alkaloid. Da seiner Zeit von Guttmann mitgetheilt worden war, dass das Coniin Krämpfe erregt, so musste begreiflicher Weise dieser Punkt für das bromwasserstoffsaure Salz zuerst ins Reine gebracht werden. Bei keinem einzigen der Versuchsthiere stellte sich unter Anwendung des genannten Salzes ein Krampf-

anfall ein, nur kurz vor dem Tode wurden geringe krampfhafte Zukkungen gesehen, die aber ihren Grund in der, durch die Lähmung der Athemmuskulatur bedingten Dyspnoe hatten. Ref. schlägt nun vor, das bromwasserstoffsaure Coniin an Stelle des Curare treten zu lassen in erster Linie da, wo es sich um Bekämpfung der Lyssa handelt, dann aber auch in anderen Formen spastischer Affectionen, wie auch schon Harberg für solche Fälle, zumal localisirter Art, z. B. Caput obstipum, den Saft von Conium maculatum als erfolgreiches Heilmittel angegeben hat. Das Coniinsalz kann subcutan und per os gegeben werden, da es auch vom Magen aus seine specifische Wirksamkeit zu entfalten vermag. Die Dosirung schlägt Ref. vor nach den für Coniinum normirten Gaben zu wählen, die je nach Art des vorliegenden Falles unter Beachtung der nöthigen Vorsicht gesteigert werden können. Besondere Aufmerksamkeit ist auf das Verhalten der Respiration zu richten. Es gelang durch Einleitung und Unterhaltung der künstlichen Respiration die Wirkung tödtlicher Dosen von bromwasserstoffsaurem Coniin bei Thieren zu paralysiren und das Ende hinauszuschieben, das Gleiche wurde auch von Prévost für das genannte Präparat constatirt.

Schulz.

Neue Bücher.

Cantani, Cystinurie, Fettsucht und Gallensteine; klinische Vorträge. (Specielle Pathologie und Therapie der Stoffwechselkrankheiten III). Aus dem Italienischen von Dr. Hahn. Berlin, Hempel. 3 M.

Die Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz. Bericht über Einrichtung, Organisation und Leistungen derselben in dem Decennium 1. Jan. 1871 bis 31. Dec. 1880. Mit 3 Chromolithographien und 2 Plänen. Leipzig, G. Böhme. 3 M.

Finkelnburg, Ueber Ziele und Wege der internationalen Gesundheitspflege. Berlin, Janke. 50 Pf.

Handbuch der Physiologie, herausgegeben von Hermann.
V. Bd. II. 1. Aufsaugung und Verdauung 6. M.
VI. Bd. 1. Allgemeiner Stoffwechsel. 14 M.
VI. Bd. 2. Zeugung. 8 M.
Leipzig, F. C. W. Vogel.

Nussbaum, Zur antiseptischen Wundbehandlung, insbesondere zur Lister'schen Methode. 4. umgearbeitete Auflage. Stuttgart, Enke. 3 M.

Rossbach, Lehrbuch der physikalischen Heilmethoden für Aerzte und Studirende. 1. Hälfte Berlin, Hirschwald. 4 M.

Schreiber, Ueber Gehirndruck. Mit 7 Curventafeln. Leipzig, F. C. W. Vogel. 5 M.

Schweiger, Klinische Untersuchungen über das Schielen. Berlin, Hirschwald. 4 M.

Tauber, Die Anästhetica. Eine Monographie mit Berücksichtigung von zwei neuen anästhetischen Mitteln. Berlin, Hirschwald. 2 M. 80 Pf.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **2. Juni.** **Nro. 12.**

---

167. **Dr. Kerschensteiner** (München), **Ueber infectiöse Pneumonie** Vortrag, gehalten im ärztlichen Vereine zu München. (Aerztl. Intell.-Blatt 1881. Nr. 20.)

K. beobachtete in der Gefangenanstalt für Männer zu Amberg (Oberpfalz) ein epidemisches Auftreten von reiner croupöser Pneumonie.

Die Epidemie begann Anfangs Januar 1880, stieg rasch an bis zum 21. Februar, um in zickzackförmiger Curve allmählig abzufallen und in der 2. Hälfte des Juni ihr Ende zu erreichen.

Es erkrankten 14 Proc. und starben 4 Proc. der Sträflinge an Pneumonie (im Ganzen 161 Erkrankungsfälle unter 1150 Personen); das Pflege- und Aufsichtspersonal wurde völlig verschont. Die Erkrankungen trugen sämmtlich den Charakter hochgradiger Schwäche, so dass von Anfang an tonisirende und excitirende Behandlung nothwendig war. Nur in wenigen sehr rapid verlaufenen Fällen war mässige Milzschwellung beobachtet worden. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes (Prof. Bollinger) ergab keine Pilze, Impfungen mit dem Blut an Thieren blieben sämmtlich erfolglos. Weder Beschäftigungsweise, noch Kost, noch Trink- und Gebrauchswasser der Anstalt konnte als Krankheitsursache angezogen werden, dagegen musste ein krankmachender Einfluss den überfüllten Schlafsälen zugeschrieben werden.

Auffallend war, dass je kürzer die Haftdauer (bei den meist kräftigen Detinirten) um so höher die Disposition zur Erkrankung war.

Durch möglichst genaue Aufzeichnungen derartiger Vorkommnisse nach Zeit, Ort und Charakter der gehäuften Pneumonien kann vielleicht mehr Klarheit in diese Materie gebracht werden.

Seifert (Würzburg).

---

168. **Prof. Dr. Hirschsprung, Eine eigenthümliche Localisation des Rheumatismus acutus im Kindesalter.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde XVI Bd. 3 u. 4 Heft. p. 324. 1881.)

Verf. betont, dass man beim acuten Gelenkrheumatismus im kindlichen Alter es scheinbar mit leichten Fällen zu thun habe, wobei die Krankheit sich darauf beschränkt, ohne besonders starkes Fieber und ohne stark hervortretenden Schweiss einzelne Gelenke anzugreifen, gewöhnlich Fuss und Kniegelenk, vielleicht sogar als eine Specialität des Kindesalters nur die kleinen Gelenkverbindungen der Halswirbel. Nach 8—14 Tagen scheint die Krankheit abgelaufen, und ist es vielleicht auch. Auffallend ist aber die ungemein grosse Häufigkeit von Herzaffectionen im Verlauf des acuten Gelenkrheumatismus im kindlichen Alter. Bei den geringen subjectiven Beschwerden sind mit um so grösserer Aufmerksamkeit die Verhältnisse des Herzens zu überwachen. Von 17 Patienten starben 4 an Endopericarditis. Unzweifelhaft ist ein grosser Theil der Klappenfehler, welche man im späteren Alter constatirt, auf eine unbeachtet gebliebene Affection im Kindesalter mit latent verlaufener Herzcomplication zurückzuführen. Recidive kommen im Kindesalter ungemein häufig vor, und folgen namentlich auf leichte Fälle. Von 17 Kranken, welche Verf. behandelte, sind 5 zwei, drei oder vier Male wegen derselben Krankheit im Hospitale gewesen. Beim Rückfalle sieht man dann dieHerzerkrankung mitunter in den Vordergrund treten. In seinen 17 Fällen trat einmal 2 Tage vor dem Tode bei einem 8 jährigen Knaben Chorea auf. Dagegen konnte man bei 30 Fällen von Chorea 7 mal leichte Formen von vorausgehendem Rheumatismus constatiren. Aussergewöhnlich kann man, wie Meynet in Lyon zuerst und dann Rehn mittheilte, beim acuten Gelenkrheumatismus im Kindesalter ein eigenthümliches mehr oder weniger ausgebreitetes Leiden der Sehnenscheiden und des fibrösen Gewebes beobachten. Verf. theilt sodann 3 bezügliche Beobachtungen mit.

I. Sophie H., 8 Jahre alt, litt 4 Jahre an rheumatischen Symptomen. Vor ihrer Aufnahme in das Hospital klagte sie über multiple Gelenkschmerzen. Bei der Untersuchung (13. Mai 1875) fand man die Gelenke frei und schmerzlos. Längs dem Verlaufe der Sehne des m. palmaris longus fühlt und sieht man, wenn die Haut gespannt wird, perlenschnurgestellte, kaum hanfkorngrosse, knorpelähnliche Absetzungen. Aehnliche doch grössere finden sich, wo die Sehnen des m. extensor digitorum comm. und m. ext. poll. longus die Metacarpophalangealgelenke passiren, theilweise die Sehnen ganz einhüllend, und

mit ihnen verschiebbar. Aehnliche Ablagerungen findet man an den malleoli, in den Sehnen des m. paeroneus longus sin., des m. ext. digit. minim., des m. ext. communis, an der Insertion des m. ext. hallucis longus, am bedeutendsten um die Kniegelenke (s. pag. 327). Am Rücken, den beiden ersten und dem zehnten Brustwirbel, sowie allen Lendenwirbeln entsprechend, bemerkt man deutliche Knoten. Die Geschwülste sind durchgängig bedeutend empfindlich; die Bewegungen der Muskeln sind frei. Am 30. August war sie wieder vollständig hergestellt. In welchem Zeitpunkte der Krankheit die Complication aufgetreten ist, kann nicht genau entschieden werden. Die Geschwülste können von einem Tage zum andern hervorkommen, involviren sich jedoch nicht so geschwind. Am schnellsten verschwinden die miliaren Absetzungen; je grösser die Geschwülste, desto längere Zeit fordert die Absorption; die grössten erfordern Monate. Mit diesen Absetzungen treten neue Gelenkaffectionen auf, und stethoscopisch lassen sich die Zeichen eines Klappenfehlers nachweisen, die sich allmälig wieder zum Theil verlieren.

Die als „zweiter Fall" referirte Krankengeschichte betrifft dieselbe Patientin, die am 7. Januar 1877 wiederum dem Hospital zugeführt wurde. Sie bot der Beschreibung nach die Zeichen einer Insufficienz der v. mitralis, und etwa 4 Wochen nach dem Auftreten der ersten Herzsymptome zeigten sich die Absetzungen, die acut auftraten, und sich diesmal zuerst auf verschiedenen proc. spinosi als bewegliche knorplige Körper zeigten, später in verschiedenen Muskelsehnen, am malleol. ext. und extr. inf. radii auftreten. Die endopericarditischen Symptome zeigen einen hohen Grad der Entwickelung. Urin ohne characteristische Eigenschaften. Nach 6 Wochen ist jede Spur der Anschwellungen verschwunden.

3. Fall. Bolette Nielson, $3^3/_4$ Jahre alt, wurde am 22. Septbr. 1877 ins Hospital aufgenommen. Als Einleitung der todbringenden Krankheit sehen wir einen fast abortiven acuten Rheumatismus mit mässiger Temperaturhöhe ohne Schweiss, höchst unbedeutendes Gelenkleiden und als Theil dieses eine Torticollis. Das Kind wird anscheinend gesund entlassen, doch bald stellen sich zu wiederholten Malen Recidive ein, und ein Herzleiden, dass beim zweiten Anfall sich entwickelte, macht weitere Fortschritte. Etwa drei Monate vor dem Tode bemerkte man die in den früheren Krankengeschichten erwähnte Knotenformation, die in diesem Falle auf die Spitze jedes Olecranons beschränkt, und unverändert bis zum Tode des Kranken bleibt. Verf. referirt sodann den Fall von Meynet (Lyon médical 1875 No. 49) und den Fall von Rehn (s. pag. 332—33), und citirt sodann noch einen andern später von Rehn beobachteten Fall. Es handelt sich um einen $4^1/_2$ Jahre alten Knaben mit irregulärem Rheum. acutus. Einsetzen mit Pleuritis exsudativa sowie Pericarditis und mässige multiple Gelenkaffection; gegen die fünfte Woche Peritonitis exsudativa, und Auftreten anfangs sehr schmerzhafter, etwa erbsengrosser Geschwülstchen. Nach Bepinselung mit Jodtinctur liess die Schmerzhaftigkeit nach, und trat Verkleinerung ein. Trotz einer Soolbadekur in Nauheim persistirten die Neoplasmen, wenn auch in reducirtem Massstabe.

Später beobachtete Verf. noch zwei Fälle bei einem 12jährigen Mädchen und bei einem 9jährigen Knaben.

Aus den vorliegenden Beobachtungen resumirt der Verf. Das Fieber hat in der Regel einen wenig heftigen aber protrahirten Character. In den meisten Fällen handelt es sich um Recidive, die mit Herzleiden complicirt sind. Andererseits kann der Rheumatismus sich auch nur als Herzleiden ohne Gelenkaffection manifestiren. Im Verlauf der Krankheit, jedoch niemals im Anfange treten kleinere und grössere Geschwülste in höchst verschiedener Menge unter der Haut auf. Nur ausnahmsweise findet man unmittelbar nach ihrem Auftreten eine schwache Röthe der bedeckenden Haut, und keineswegs immer grössere Empfindlichkeit. Es hat fast den Anschein, als wenn die Geschwülste in statu nascenti ihre bleibende Grösse haben, oder aber sie wachsen sehr schnell. Die Eruption ist in der Regel sehr reichlich. Man kann drei Formen unterscheiden a) eine miliäre in Sehnen und Sehnenscheiden, b) eine mehr massenhafte, in den Sehnen, namentlich in den Strecksehnen, wo sie über Articulationen gleiten, oder an ihrer Insertionsstelle, c) noch grössere Knoten, an solchen Stellen, wo Knochentheile dicht unter der Haut liegen. Die Consistenz ist stets eine knorpelharte. Es findet sich eine entschiedene Neigung zu spontaner Involution. Rehn nimmt wie Meynet an, dass die Geschwülste aus einer inflammatorischen Proliferation im Sehnengewebe hervorgehen, und diese Anschauung wird durch den Sectionsbefund im Falle Nielson (Prosector B. Bang) weiter bestätigt. Die Knoten müssen, sagt Bang, vermeintlich gedeutet werden als Bindegewebsneubildung, zunächst wohl chronisch-inflammatorischer Art mit Tendenz zu Necrobiose. Wahrscheinlich sind sie aus den Sehnen entsprungen, an deren Gewebe sie auffallend erinnern.

Kohts (Strassburg).

---

169. **Dr. P. K. Pel, Bydrage tot de casuistiek der verlammingen ten gevolge van schrik.** Beitrag zur Casuistik der „Schrecklähmungen“. (Weekblad van het nederlandsch tydschrift voor geneeskunde. 1881. Nr. 19.)

Johannes Sluyter, ein 39jähr. stets gesunder Mann, wurde am 11. Juni 1880, während er im Busen von Batavia, auf der Schiffstreppe stehend, seine Leinewand wusch, plötzlich durch einen gewaltigen Haifisch überrascht, dessen Rachen er sich nur durch schleunigste Flucht zu entziehen vermochte. Unter heftigem Schrecken betrat S. das Verdeck, konnte nicht sprechen und musste sich zur Ruhe begeben. Nachdem nach drei Stunden die Sprache zurückgekehrt war, klagte er über Taubheit der Füsse und konnte nur mühsam gehen. Das Gefühl des Taubseins, welches er nur bis zu den Enkeln wahrgenommen, breitete sich an demselben Abend bis zum Nabel aus. Beide Beine waren dem subjectiven Gefühle nach eiskalt, ganz gefühllos, während die Schmerzempfindung total aufgehoben war.

Neben dieser Anästhesie und Analgesie der untern Extremitäten trat auch Paraplegie derselben und incontinentia urinae auf. Als am

andern Tage der Zustand nicht verändert war, wurde Patient nach Batavia in das Hospital transportirt. 10 Tage nach dem überstandenen Schrecken reagirten zum ersten Male die Zehen des rechten Fusses auf den electrischen Strom. Von da ab begannen allmählig auch die andern Theile auf denselben zu reagiren. Gegen Ende Juli wurden auch active Bewegungen möglich, sodass einen Monat später Pat. etwas zu gehen vermochte. Zu gleicher Zeit traten spontane Zuckungen in den Beinen auf, die Sensibilität kehrte zurück, die Analgesie dagegen blieb fortdauernd. Am 12. October verliess S. das Hospital um nach Holland zurückzukehren. Anfänglich wurde auf dem Schiffe der Zustand etwas besser, blieb dann stationär. Jedesmal trat einige Verschlimmerung ein, wenn psychische Einflüsse auf Pat. einwirkten.

Am 2. Februar 1881 meldete sich Pat. im hiesigen Krankenhause und wurde in die Klinik des Herrn Prof. Stokvis aufgenommen. Daselbst wurde folgender Status praesens constatirt:

Pat. ist ein kräftiges, gut genährtes Individuum mit intelligentem Aeussern; die Funktionen des Digestionsapparates sind ausgezeichnet, der Puls ein guter mit einer mittleren Frequenz von 80. Alle inneren Organe wurden normal befunden, ebenso das Gesicht und die oberen Extremitäten.

Die unteren Extremitäten zeigen bei ruhiger Bettlage zuweilen unwillkürliche Contractionen, die hauptsächlich in Flexion des Unterbeines bestehen. Alle active Bewegungen werden gut ausgeführt, die Coordination ist eine vollkommen normale. Die Sehnenreflexe sind stark erhöht, zuweilen treten nach mechanischen Reizen ausgebreitete Reflexcontractionen auf. Bei schneller passiver Dorsalflexion des Fusses tritt zuweilen der sogenannte Reflexclonus auf, der meistens durch schnelle Plantarflexion der grossen Zehe aufgehoben wird. Während die Cremasterenreflexe anwesend sind, fehlen die Bauchreflexe. Tast- und Muskelgefühl, Druck-, Platz- und Temperatursinn sind vollständig normal, sodass jegliche Störung in der Sensibilität fehlt. Die electro-cutane und -muskuläre Sensibilität ist ebenfalls normal, während bei der Prüfung der electromuskulären Contractilität bald diffuse Muskelcontractionen auftreten. Unterhalb einer durch den Nabel gezogen gedachten Linie (hinten ca. 10 cm über den cristae) besteht an beiden Extremitäten totale Analgesie.

Die Wirbelsäure ist ohne jegliche Abnormität, nirgends bestehen trophische oder vasomotorische Störungen.

Der Urin (2000 cm pro die) reagirte alcalisch; sein Bodensatz besteht aus Schleim- und Eiterkörperchen. Eiweiss konnte nicht constatirt werden. Patient muss häufig Urin lassen und dem Andrange schnelle Folge leisten, indem sonst der Urin unwillkürlich abgeht. Die Defaecation ist zwar eine träge, geschieht aber immer willkürlich. Beim Gehen schleppen beide Beine etwas, Pat. kann einige Schritte ohne Stütze machen, der Gang ist jedoch sehr unsicher.

Am 16. Februar wurde ein Hufeisenmagnet von 30 kgr Tragkraft eine Stunde lang an die Aussenseite des linken Unterbeines applicirt mit dem überraschenden Resultate, dass die Analgesie vollständig aufgehoben wurde.

Während der Magnet anlag, wurde 4 Mal beinahe heller Urin

gelassen, der eine viel geringere alcalische Reaction zeigte als vordem. Nach einigen Stunden reagirte der Urin wieder stärker alcalisch.

Nach der ersten Application bestand fortwährend normales Schmerzgefühl; wegen des offenbar günstigen Einflusses auf die Function der Blase wurde der Magnet noch einige Male angewandt, jedesmal mit demselben, leider nur kurz anhaltenden Erfolg. Anfang März war die Parese der untern Extremitäten sark vermindert, die Reflexerregbarkeit viel geringer, der Urin minder trübe bei neutraler Reaction. Pat. klagte noch stets über ein Gefühl von Ermüdung im Lendengebiete. Die Therapie bestand in Anwendung des constanten Stromes auf den Lendentheil der Wirbelsäule; ausserdem wurden Martialia gegeben.

Verfasser knüpft an die Krankengeschichte die Frage nach dem Sitze des Leidens. Die Erscheinungen deuteten unzweifelhaft auf eine Affection des Lendenrückenmarkes; es liessen sich alle Symptome erklären durch die Annahme, dass die Leitung zwischen Gehirn und unterm Theile des Rückenmarkes aufgehoben sei und zwar in der grauen Substanz. Anfänglich wäre wohl das ganze Lendenmark afficirt gewesen und die noch bestehende Muskelschwäche der untern Extremitäten könne leicht als Folge der nicht ganz verschwundenen Störung in der weissen Substanz angesehen werden.

Die Frage, ob hier eine wirkliche Myelitis vorhanden, oder nur eine gestörte Funktion des Rückenmarkes ohne organische Veränderungen, meint Verf. zu Gunsten der letzten Annahme entscheiden zu können. Hierfür sprächen: der günstige Verlauf, das anamnestische Factum, dass jedesmal nach neuen psychischen Reizen der Zustand verschlimmerte, der überraschende Erfolg durch den Magnet und das ganze Bild der Krankheit, welches kaum in den Rahmen eines der bekannten Rückenmarksleiden passe.

Die günstige Wirkung des Magnetes auf die Analgesie liesse sich vielleicht durch die Hypothese erklären, dass durch seine Einwirkung moleculäre Veränderungen (etwa Umlagerung der Mol.) in der grauen Substanz zu Stande gekommen wären. Die Veränderung des Urines jedesmal während und nach Application des Magnetes deute auf ein kürzeres Verweilen des Urins in der Blase, wobei auch möglich sei, dass der Magnet eine bessere Leitung zwischen den Nerven der Blasenschleimhaut und dem Gehirn zu Stande bringe.

Die Prognose hält Verf. für eine ziemlich günstige. In Betreff der Pathogenese nimmt Verf. an, dass der gehabte gewaltige Schreck, eine Störung des vasomotorischen Centrums, eine Anaemie des Rückenmarkes verursacht habe. Im Lendentheile seien dabei noch unbekannte Störungen im Stoffwechsel aufgetreten und zwar gerade da, weil hier wegen der starken geschlechtlichen Excesse, die Patient begangen zu haben eingestanden, ein locus minoris resistentiae vorhanden war.

Gerke (Amsterdam).

170. **Prof. M. Rosenthal** (Wien), **Zur klinischen Charakteristik der Lepra anaesthetica.** (Viertelj. für Derm. und Syph. 1881. 1. S. 25.)

R. beleuchtet die von Dr. Breuer geschilderte Lepraform (s. Centralbl. 1881. Nr. 1) vom neuropathologischen Standpunkte näher. Die bilateral vorhandenen ausgebreiteten und tiefgreifenden Störungen deuten auf krankhafte Vorgänge in den spinalen Centren. Nach den neuesten vorliegenden anatomischen Befunden im Nervensystem bei Lepra (Danielsen, Boek, Stendener, Langhans, Tschirjew etc.) sind die hinteren Stränge der grauen Hörner und der Commissurfasern, welche in Beziehung zur Sensibilität stehen, entzündet und mit diesen Veränderungen der Centren gehen Entzündungen der peripherischen Nervenbahnen Hand in Hand. Bei Besprechung der Frage, ob die Myelitis oder die Neuritis das Primäre sei, entscheidet sich R. dahin, dass die Myelitis der Hinterhörner als das Primäre und Bedingende, die Neuritis also nur als ein secundärer Prozess anzusehen sei, wodurch die pathologischen Erscheinungen bei Lepra anaesthetica am besten sich erklären liessen.

Doutrelepont.

---

171. **Dr. L. Mendel** (Privatdocent, Berlin), **Die Psychosen im Gefolge acuter somatischer Erkrankungen.** (Deutsche klin. Wochenschrift 1881. Nr. 19.

Die nach Typhus, Pneumonie, Rheumat. artic. acut., Variola, Erysipelas, seltener nach Pleuritis, Cholera, Dysenterie, Recurrens, Nephritis, Scarlatina vorkommenden acuten Psychosen waren schon im Alterthum bekannt. Ausführliche Litteraturangabe findet sich bei Kraepelin (Arch. f. Psychiatr. XI. 1. 1880).

M. berücksichtigt nur die nach dem Fieberabfall eintretenden Störungen. Meist sind es Hallucinationen im fieberlosen Zustand, die den Process einleiten; nicht selten schliessen sie sich in Form und Inhalt an vorhanden gewesene Fieberdelirien an. Der Kranke verheimlicht sie anfangs, es besteht oft Hyperästhesie im Gebiet eines oder des andern Sinnesnerven, besonders des opticus und acusticus; es kommen Gefühle von Zusammenschnüren in der Herzgrube und Präcordialangst. Dieses Initialstadium kann mehrere, bis 8 Tage dauern, ehe durch Reden und Handlungen die inzwischen entwickelten Delirien hervortreten und wenn jene Hallucinationen nicht beachtet werden, ein acuter Ausbruch von Wahnsinn vorhanden zu sein scheint. Meist ist die Form die Melancholia agitata, seltener stupida; in $^1/_4$ der Fälle etwa ist es die Mania hallucinatoria, in welcher im sinnlosesten Durcheinander die entgegengesetztesten Dinge an einander gereiht werden, d. h. allgemeine Verwirrtheit besteht.

Diese Formen gehen zuweilen in wenigen Tagen, gewöhnlich innerhalb 6—10 Wochen in Genesung über und nur 10—15 P. C.

führen zu dauernder Geistesstörung, geistiger Schwäche bis Blödsinn oder chronischer Verrücktheit.

In andern Fällen reiht sich an die Hallucinationen ein Zustand an, in welchem einzelne Wahnvorstellungen bei sonst normaler Intelligenz an jene Hallucinationen angeknüpft erscheinen. Geringe Grade solcher Störungen sind sehr häufig und gehen bald vorüber.

Uebrigens kommen auch z. B. nach Typhus Fälle acuter Dementia, die, so schwer sie auch erscheinen, doch meist eine gute Prognose geben. Hingegen entwickelt sich aus Fällen, wo schon im Fieberstadium die Bewusstseinsstörungen sehr erheblich waren, und das Bild einer Meningitis sich äusserte, eine chronische Dementia, geschwächtes Gedächtniss, verminderte Urtheilskraft, besonders nach Typhus und Scarlatina. Aetiologisch ist für solche Psychosen nach somatischen Krankheiten wahrscheinlich die erbliche Disposition, psychische Eindrücke, stattgehabte Einwirkung von Hirngiften (Alcohol, Tabak, Morphium) vor der Krankheit von Bedeutung. Den verschiedenen Formen der somatischen Krankheit entsprechen die verschiedenen Formen der psychischen Nachkrankheit nicht.

M. macht diagnostisch darauf aufmerksam, 1. dass die beginnende Psychose nicht mit einer Wiederkehr des Fieberdeliriums verwechselt werden kann, da das Thermometer die Fieberlosigkeit nachweist; 2. dass man sie nicht mit alkoholischen Geistesstörungen verwechseln darf, da sie erst nach dem Ablauf des Fieberstadiums, jene aber während desselben erscheinen.

Die Prognose ist im Allgemeinen günstig; die Behandlung muss roborirend sein; Abends einige Gramm Chloralhydrat sind rathsam, während Morphium meist grössere Aufregung hervorbringt.

R.

---

172. **Dr. Mügge** (Assistenzarzt), **Ueber die Operation des Empyems.** Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Göttingen. (Berliner klin. Wochenschr. 1881. XI., XII.)

Verf. theilt 10 Fälle von Empyem mit, welche durch Incision behandelt wurden. Von 8 Fällen giebt er genauere Krankengeschichten. 5 Fälle betreffen Kinder, die übrigen Erwachsene; in 8 Fällen trat Heilung ein und zwar mit vollständiger Funktionsfähigkeit der Lunge ohne Zusammensinken des Thorax an der kranken Seite, 2 Fälle verliefen tödtlich, der eine an Embolie und Lungengangrän, der andere an Carbolintoxication nach Ausspülung der Pleurahöhle mit 2% Carbolsäure. Verf. glaubt, dass die allein richtige Behandlung des Empyems in der Incision besteht und zwar mit Rippenresection, weil man nur so, zumal bei Kindern in den Stand gesetzt sei, eine breite Eröffnung des Abscesses und eine ergiebige Drainage auszuführen. Wie die Section eines später an Diphtheritis zu Grunde gegangenen Falles zeigte, hatte sich die knöcherne Continuität vollständig wieder hergestellt, Deformität des Thorax ist in keinem Falle beobachtet. Die Incision wurde in den meisten Fällen hinten angelegt, in Fällen, wo die Lunge mit dem Thorax

hinten verwachsen war, in der Axillarlinie, und es wurde dadurch auch, wenn man den Patienten auf die betreffende kranke Seite legte, ein guter Abfluss des Secrets erzielt. Gegenincision ist nur dann angezeigt, wenn ein Durchbruch an einer für den Abfluss ungünstigen Lage zunächst zu incidiren zwingt, oder die Abscesshöhle durch Adhäsionen in mehrere Abschnitte getheilt ist, oder das Empyem sehr putride ist. Nur in letzterem Falle ist auch eine wiederholte Ausspülung der Pleurahöhle nothwendig, und zwar am besten mit lauer Salicylsäurelösung. Will man stärker desinficiren, so nimmt man Chlorzinklösung (1 : 30 und 1 : 15), Carbolsäure darf wegen der Gefahr der Intoxication nicht genommen werden.

Der Verband muss in den ersten 4 Tagen täglich gewechselt werden, bei putriden Ergüssen auch später noch täglich.

Kohts (Strassburg).

---

173. **Dr. Max Schäffer** (Bremen), **Ozaena.** (Monatschr. f. Ohrenheilkunde, April 1881.)

Gegen die in letztèr Zeit hervorgetretenen Bestrebungen, dem mit dem Namen Ozaena belegten Krankheitsbilde die Specificität abzusprechen macht Verf. Front und glaubt, dass wir auch weiterhin die bekannte typische Krankheit mit dem Namen belegen dürfen und zweifelt, dass sich aus einer einfachen Blennorrhoe der Nase ohne Dyscrasie die Ozaena entwickeln könne. Letztere erscheint ihm als das Wichtigste und somit würden die scorphulösen, phthisischen und syphilitischen Individuen allein von Ozaena befallen werden können. Dabei wird zugegeben, dass wir bis dato das Wesen der Veränderungen nicht kennen. Die Ansicht Störk's, dass es nur eine syphilitische Ozaena gebe, erklärt Verf. für zu weit gehend, da daneben besonders eine scrophulöse Ozaena vorkomme und anerkannt werden müsse. Somit würden folgende Aetiologien für Ozaena bestehen:

I. a) eine hereditäre Scrophulose,
   b) eine erworbene Scrophulose.
II. a) eine hereditäre Syphilis,
   b) eine erworbene Syphilis.

Davon zu trennen sind selbstständige Knorpel-Knochenerkrankungen und die Fälle von fötider Rhinitis, die durch den Aufenthalt eines Fremdkörpers entstehen.

Dass die Nase gerade der Sitz dyscrasischer Veränderungen wird, erklärt sich erstens aus dem Vorhandensein unzähliger acinöser Drüsen, sowohl in der regio olfactoria als respiratoria, zweitens aus dem Blutreichthum des Gewebes, welcher durch die Anwesenheit cavernöser Gebilde, die nach Voltolini der pars cavernosa penis in nichts nachstehen, seine Erklärung findet.

Bezüglich der Pathologie betrachtet Verf. abnorme Weite der Nase und Atrophie der Schleimhaut nicht als nothwendiges Postulat, da bereits im hypertrophischen Stadium die Ozaena voll entwickelt sein kann, d. h. Gestank vorhanden ist, und ist mit Ziem der Meinung,

dass nur desshalb im atrophischen Stadium der Gestank intensiver ist, weil das wasserarme und zähe Secret durch längeres Liegenbleiben Zeit genug findet, sich zu zersetzen.

Die Ansicht Michels, dass die Ozaena vorzugsweise durch Erkrankung der Nebenhöhlen bedingt sei, wird zurückgewiesen.

Das Bild der Krankheit gestaltet sich darnach folgendermassen: Im hypertrophischen Stadium besteht meist eine sehr profuse, dickeiterige Secretion, welche wegen der Schwellung an den Muscheln schlecht ausfliesst, und bald zur Borkenbildung Veranlassung gibt. Gewaltsames Entfernen der Borken führt Blutungen und Erosionen herbei, an die sich Geschwürsbildung anschliessen kann.

Im atrophischen Stadium dagegen ist die Schleimhaut matt, blass, dünn, das Secret ist wenig profus, zäh: Zustände, welche durch Untergang des Epithels und der Drüsen bedingt sind.

Bei hereditärer Lues entwickelt sich die Ozaena schon in den ersten Lebenswochen, sodass schon früh das atrophische Stadium erreicht sein kann, falls die Individuen nicht zu Grunde gehen.

Bei erworbener Syphilis ist das Bild ganz anders. Das hypertrophische Stadium ist sehr kurz, dauert oft nur ein Jahr, und ist bedingt vorzugsweise durch Schwellung des Periostes; ulcera sind dabei ungemein häufig, und führen letztere oft zur Necrose der Knochen.

Die Ozaena scrophulosa entwickelt sich vom 9.—12. Lebensjahr, beginnend mit starkem Schnupfen. Das Secret wird indess sehr bald eiterig und stinkend. In diesem Stadium ist die Krankheit heilbar. Der Uebergang ins atrophische Stadium richtet sich nach der Gesammtkörperentwicklung, kommt aber stets einem höheren Lebensalter zu.

Verf. bespricht schliesslich die verschiedenen therapeutischen Methoden und empfiehlt als von ihm angewendet: 1. die Entfernung des Secretes mit der englischen Spritze, 2. Insufflationen verschiedener Medicamente, welche er den Bepinselungen vorzieht. Je nach dem Stande der Krankheit wird angewendet:

argent. nit. cryst. subtiliss. pulv. 0,1—1,0.
ad talc. 5,0.
natr. benz. 1,0 : talc. 5,0.
acid. boracic. pulv.
alum. pulv.
tannin. pulv.
Jodoform. bei Sphilis;

bei stark hypertrophischer Schleimhaut wird cauterisirt.

Das grösste Gewicht ist auf gleichzeitige Allgemeinbehandlung zu legen.

Walb.

---

174. **Prof. Dr. Henoch, Aus der Kinderklinik.** (Charité-Annalen VI. Jahrgang. Berlin 1881).

I. Fall von acuter Anschwellung des Bodens der Mundhöhle p. 509.

Ein 9jähriges blasses Mädchen wegen doppelseitiger Otorrhoe in die Klinik aufgenommen, klagte am 1. Mai 1873 über Schmerzen im

Halse. Am 2. Mai zeigte sich der Boden der Mundhöhle stark angeschwollen und empfindlich, die Schleimhaut aber überall blass. Temp. 38,4. Abends 39,8. Die Geschwulst nahm in den nächsten Tagen zu, war teigig oedematös. Enormer Ptyalismus. Nach Application von 5 Blutegeln unter dem Kiefer und innerlichem Gebrauch von Chorkali (3,0 : 120,0) trat in etwa einer Woche Heilung ein. Nach Ablauf von 2, 3 Wochen trat ohne Veranlassung ein Recidiv ein, das wiederum in 6—7 Tagen heilte. Verf. nimmt einen acuten Reisszustand der Sublingualdrüsen an, für die er eine annehmbare Ursache nicht angeben kann. Spärliche Analoga in der Literatur wären etwa die von Tillaux (Centralblatt für 1874 pag. 704) beschriebene Beobachtung von ranula acuta, ferner ein von Holthouse (Hirsch und Virchow's Jahresberichte für 1871 II. pag. 505) unter dem Namen subglossitis beschriebener Fall. Therapeutisch ist die günstige Wirkung der localen Blutentziehung hervorzuheben.

II. Thrombose der Vena cava inferior.

Emil M., 7 Jahre alt, machte im August 1877 ein leichtes Scharlachfieber durch, litt seitdem häufig an Diarrhoe und magerte sehr ab. Im Februar stellte sich starkes Oedem der unteren Extremitäten, des scrotum und penis ein. Dabei starke Erweiterung der subcutanen Bauchvenen, besonders der epigastrischen. Urin vermindert, mikroskopisch normal, ohne Eiweiss. Die Untersuchung der Brust und Unterleibsorgane ergab nichts abnormes. Das Oedem an den unteren Extremitäten nahm zu, und verbreitete sich allmälig über die Haut des Abdomens und der Lumbalgegend. Die Hautvenen beider unteren Extremitäten bis zum Fussrücken hinab wie der Bauchhaut bildeten blaue dicke Stränge und nahmen täglich an Weite zu. Unter remittirendem Fieber, bei andauernden Diarrhoen trat am 2. März der Tod ein. Bei der Section fand man, wie während des Lebens diagnosticirt war, in der vena cava inferior einen Thrombus. Dieselbe war durch Thrombusmasse in einen soliden Strang verwandelt. Der Thrombus setzte sich in die venae iliacae und von hier in die peripherischen Venen fort. Tuberculöse Geschwüre im Darm. Tuberculose der Nieren, in der linken Lunge (Unterlappe) eine grosse Caverne. Starke Schwellung und Verhärtung der Bronchialdrüsen. In der Epikrise weist der Verf. darauf hin, dass die Art der Oedeme mit den erweiterten Hautvenen eine Impermeabilität der vena cava inferior annehmen liess. Bis in die letzten Tage war das Volumen der Leber normal, und so konnte man schliessen, dass die Einmündungsstelle der venae hepaticae in die untere Hohlvene noch durchgängig sein müsste. Der Mangel der Stauungserscheinungen in den Nieren bei dem ausgedehnten Thrombus lässt sich nur dadurch erklären, dass die Thrombose der Vene langsam zu Stande kam, und sich ein venöser Collateralkreislauf der erweiterten Kapselvenen mit dem System der vena azygos einstellte. Die Thrombose wurde als marantische aufgefasst, die bei der bestehenden Herzschwäche in den kleineren Venen der unteren Extremitäten begann, und sich bis in die vena cava inferior fortsetzte.

III. Parenchymatöse Nephritis mit hämorrhagischer Entzündung des Magens und Darmcanals.

Otto W., 9 Jahre alt kam mit Eczema capitis und den Erscheinungen chronischer Nephritis Anfangs Januar 1878 in die Klinik. Am 14. Januar klagte er plötzlich über heftige Magenschmerzen und völlige Anorexie. Dieselben persistirten, steigerten sich beim Aufrichten aus der Rückenlage, und am 16. Januar erfolgte nach dem Essen einmal Erbrechen. Am 18. Januar klagte der P. ausser den Magenschmerzen über eine grosse Empfindlichkeit der unteren und rechten Partie des Abdomens, ohne dass die Untersuchung hier etwas Krankhaftes nachweisen konnte. Der P. wurde von Tag zu Tag schwächer und starb ám 19. Januar, ohne dass irgendwelche besondere Symptome aufgetreten wären. Bei der Autopsie (H. Orth) fand man im linken Herzohr ein älteres derbes, stellenweise entfärbtes Gerinnsel, in der linken arteria iliaca ein in Art. femoralis und hypogastrica hineinragendes Gerinnsel. Die Nieren boten das Bild einer parenchymatösen Nephritis. Hämorrhagischer Infarct in der linken Niere. Die Magenschleimhaut besonders am fundus und längs der grossen Curvatur stark geröthet und geschwellt, und von einer Lage zähen blutig gefärbten Schleims bedeckt; im ileum und colon adscendens bedeutende Hyperämie verbunden mit zahlreichen Hämorrhagien und starker Schwellung. Schwellung der Peyer'schen und Solitärfollikel, bedeutende Anschwellung der Mesenterialdrüsen. — Es entwickelten sich also bei einer chronischen Nephritis zunächst unter dem Einfluss der sinkenden Herzkraft eine Reihe embolischer Vorgänge, als deren Ausgangspunkt das im linken Herzohr befindliche alte Gerinnsel angesehen werden muss. Die entzündlich hämorrhagischen Erscheinungen auf der Magen- und einem Theil der Darmschleimhaut bringt Verf. mit der chronischen Nephritis in Zusammenhang. Der plötzliche Tod wird als ein syncopaler, durch Herzschwäche bedingter aufgefasst.

IV. Zwei Fälle von allgemeiner Miliartuberculose bei Kindern.

Fall I. Es handelte sich den Symptomen nach um einen ausgesprochenen Fall von meningitis tuberculosa bei einem $1^1/_4$ Jahre alten Knaben; auffallend war der Meteorismus, der sich namentlich zeigt, wenn die Krankheit mit einer chronischen tuberculösen Meningitis complicirt. — Auffallend war nun, dass bei der Autopsie bei sonst allgemeiner Miliartuberculose der übrigen Organe, die Pia frei von Tuberkeln gefunden wurde. Verf. schliesst daraus, dass bei kleinen Kindern alle Erscheinungen des letzten Stadiums der tuberculösen Meningitis blos durch im Gefolge allgemeiner Miliartuberculose auftretendes Oedem der Pia und durch einen serösen Erguss in die Ventrikel des Gehirns hervorgebracht werden können. Verf. nimmt an, dass der bedeutende Blutgehalt der Pia, der Gehirnsubstanz und der plexus chorioidei die Folge einer das Centralorgan befallenden starken venösen Hyperämie ist, deren Ursache in der Störung des Lungenkreislaufs (durch die zahllosen Miliartuberkel) und in dem äussersten Sinken der Herzkraft zu suchen ist. Verf. betont noch besonders die rapide präagonale Temperaturerhebung, die beweise, dass die thermische Erschei-

nung nicht speciell von der meningitis tuberculosa abhängig ist, sondern überall vorkommen kann, wo die Gehirnfunction durch lähmende Einflüsse, besonders durch eine rasch zu Stande kommende seröse Ausschwitzung in den Ventrikeln aufgehoben werden.

Fall II. Im zweiten Falle handelt es sich um eine fast allgemeine Miliartuberculose, deren Ausgangspunkt wohl in den käsig entarteten Bronchial- oder Mesenterialdrüsen zu suchen ist. Verf. resumirt aus seiner Beobachtung, dass scheinbar unmotivirte, mehrere Tage anhaltende, mit sehr hoher Temperatur einhergehende Fieberanfälle, auch wenn sie durch viele Wochen einer fast reinen Apyrexie getrennt sind, und die Lungen nur scharfes Athmen oder einen leichten Katarrh zeigen, den Verdacht einer in Schüben vor sich gehenden Miliartuberculose erregen müssen.

V. Fall von malignem Lymphosarcom.

Der 7 Jahre alte Patient bot alle Erscheinungen der Leukämie, wachsbleiche Farbe, Hyperplasie und Lymphombildung in der Milz, colossale hyperplastische Anschwellung sehr zahlreicher Lymphdrüsen, das Blut war aber weder im Leben, noch bei der Section leukämisch befunden. Es handelte sich um eine Pseudoleukämie (Hodgkin's disease), die vom Juli 1876 bis zum Tode im Februar 1878, wenn auch mit Unterbrechung, klinisch beobachtet wurde. Der Fall beweist, dass eine auch noch so ausgedehnte Exstirpation (es wurden im Ganzen über 300 Drüsen entfernt) therapeutisch ganz nutzlos ist, höchstens drohende Drucksymptome am Halse vorübergehend beseitigen kann. Die unter Fiebererscheinungen sich entwickelnde rechtsseitige Pleuritis stand offenbar mit der bei der Section constatirten reichlichen Bildung lymphomatöser Knoten auf der rechten pleura costalis in Zusammenhang. Man fand bei der Autopsie grosse Knoten auf der costalen Pleura, welche entschieden heteroplastischer Natur waren. Die Milz war nur mässig vergrössert. Die Aetiologie ist dunkel, die bezügliche Therapie (Chinin, Eisen, Jodkali, Arsenik) blieb vollkommen wirkungslos; ein Uebergang in wirkliche Leukämie, wie es zuweilen constatirt ist, fand nicht Statt. Der Grund, weshalb dies hier und in den meisten Fällen nicht geschah, bleibt ein bisher ungelöstes Räthsel.

VI. Peripharyngealabscess. Durchbruch in den äusseren Gehörgang.

Ein $1^1/_4$ jähriges Kind litt an Dysphagie, schrie beim Versuch zu schlucken, es bestand mässiges Fieber und schnarchendes Athmen im Schlaf. Dicht unter der etwas angeschwollenen linken Mandel an der Seitenwand des pharynx fand man einen rothen deutlich fluctuirenden Tumor von der Grösse einer halben Nuss. Unterhalb des proc. mastoideus konnte man eine diffuse Anschwellung wahrnehmen. Bei starkem Druck auf die Pharynxgeschwulst stürzte plötzlich ein Strom gelben, mit Blutstreifen vermischten Eiters aus dem linken Ohr heraus, worauf die Geschwulst sofort verschwunden war. Man muss annehmen, dass der an der Aussenwand des pharynx befindliche Abscess sich durch das lockere Bindegewebe des Oberhalses einen Weg bis zum meatus auditorius externus gebahnt und diesen siebförmig durchbrochen hatte.

Durch die Compression des Abscesses wurde die Ruptur plötzlich eine vollständige. Es können sich somit nicht allein periauriculäre, sondern auch peripharyngeale Abscesse in den äusseren Gehörgang entleeren.

Kohts (Strassburg).

---

175. **Dr. Diodato Borelli** (Prof. d. medic. Klinik in Neapel), **Ueber unvollkommene Entwicklung der Geschlechtsorgane.** (Verhandl. d. physikal.-medic. Gesellschaft in Würzburg. XV. Bd. 1. und 2. Heft 1881.)

Das schleichende Gift der Malaria trifft einen grossen Theil der in den infecten Gegenden lebenden Bevölkerung und bringt mit der Zeit einen organischen Verfall mit sich, dem unvermeidlich ein psychischer folgt. Dieser zeigt sich in manchen Fällen in einem Stillstand der Entwicklung, hervorgerufen durch langsame Vergiftung mit Malaria, die beständig schon von Kindheit an einwirkt. Dazu kommen als weitere ätiologische Momente die ungenügenden Nahrungsmittel und die für die Kräfte unverhältnissmässige Muskelarbeit. Es erkrankten in den miasmatischen Gegenden nicht alle Leute, welche der schädlichen Einwirkung ausgesetzt sind, auf die gleiche Weise, sondern gerade die elendesten und schlechtgenährtesten Menschen sind es, an denen der grösste Schaden sichtbar wird.

Wenn nun beide Bedingungen (Malaria und schlechte Verhältnisse) vereint von Kindheit an einwirken, so wird die Entwicklung jener Organe und Funktionen, welche die Vollständigkeit der Mannbarkeit und Kraft derselben und die daher kraftvolles Gedeihen erfordern, aufgehalten.

Als Beispiele hiefür bringt B. theils aus seiner Privatpraxis, theils aus dem Spital degli Incurabili eine Anzahl von über 30 Fällen, deren Zeugungsorgane unvollständig entwickelt waren (Mangel der Haare auf dem Schamberge und im Gesicht, kindliche Stimme und weichlicher Charakter). Zugleich niederer Grad von psychischer Entwicklung: Stumpfsinn mit vorherrschender Apathie; nur bei 4 Fällen zeigte sich gewöhnliche Intelligenz.

Der Milztumor war mit Ausnahme eines Falles von beträchtlichem Umfang.

Aus diesen Beobachtungen ergibt sich, dass hinsichtlich der Gesundheitspflege in der Kindheit wichtige Folgen entstehen, denen man mehr Sorgfalt widmen sollte, insbesondere dürften strengere und besser vollzogene Gesetze die Kinder vor harter Arbeit schützen und es müssten Erzieher und Familienväter in Ansehung der Gefahren, womit der Mensch und die Gesellschaft bedroht werden, mehr auf die Pflege ihrer Kinder bedacht sein.

Seifert (Würzburg).

---

176. **Prof. Fürbringer** (Jena), **Ueber die Bedeutung der Lallemand-Trousseau'schen Körperchen in spermahaltigen Harnen.** (Deutsche medic. Wochenschr. 1881. Nr. 18.)

F. betätigt, dass die vor Decennien im Harn von L. und Tr. beschriebenen, gequollenen Grieskörnern ähnlichen Gebilde, welche seitdem nirgends erwähnt und von Curschmann angezweifelt wurden, wirklich existiren, und zwar in spermahaltigem Harne aber selten vorkommen. Es sind gallertartige, leicht gelbliche Gebilde, welche ihrer Reaction nach zu den Globulinsubstanzen gehören und genau den Gebilden gleichen, welche F. früher als Inhalt der Samenbläschen in der Leiche beschrieben. Dass dieselben so selten gefunden werden, erklärt F. durch die verdünnende lösende Eiwirkung des Hodensecretes und der Harnflüssigkeit. F. stellt folgende Sätze auf: 1. das Material der Lallemand-Trousseau'schen Körperchen ist eine Globulinsubstanz, welche die Samenbläschen secerniren; 2. überall da, wo wir die Körperchen im Harne auffinden, haben die Samenbläschen ihren Inhalt ergossen; 3. der Nachweis der Gebilde als Harnbestandtheil ist selten zu führen, weil sie bei längerem Contact mit dem Hodensecret gelöst werden und auch vom Harne selbst zerstört werden können.

R.

---

177. **J. Neumann, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Borsäure.** (Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1881. Bd. 14. S. 149—152.)

Neumann stellt an Thieren Versuche mit Borsäure an. Hunde ertrugen 5—6 gr innerlich ohne Nachtheil. Die Temperatur sinkt dabei beträchtlich. 3% Lösung können in die Brust- oder Bauchhöhle injicirt werden, 5-procentige erregen Entzündung. Gaben von 10 gr und darüber tödten durch Affection des Nerven- und Muskelsystems.

Ein ähnliches Verhalten zeigten kleinere Thiere bei relativ geringeren Dosen. Pferde zeigten nach 120 gr innerlich nur Temperaturabnahme. Rotzige Pferde wurden innerlich und äusserlich mit Borsäure behandelt, Heilung wurde aber nicht erzielt. Guten Erfolg sah N. dagegen bei Affectionen der Haut, die mit Borsäure behandelt wurden. Um Milch zu conserviren genügt nach N. Zusatz von 1 Theil Borsäure auf 500—1000 Theile Milch.

Schulz.

Neue Bücher.

Aubeau, Contribution à l'étude de la laxité articulaire et particulièrement de la laxité polyarticulaire liée à une influence générale comme cause prédisposante des arthropathies. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Badolle, Des dangers de la médication thermale dans certaines affections articulaires. Lyon.

Bagot, Des complications cérébrales des affections cardiaques. Paris.

Becour, Hygiène des enfants; Des causes de la mortalité des nouveau-nés et moyens de la diminuer. Paris, Berthier.

Blanchet, Maladies de l'estomac et des intestins qui entrent pour les quatre cinquièmes dans nos affections morbides. Paris, Delahaye. 2 fr.

Brisson, De la lacryocistite chronique, de son traitement. Paris.

Ducros, Des phlegmons diffus consécutifs à l'inflammation secondaire des bourses séreuses. Paris.

Dufour, De l'action du benzoate de soude dans quelques états morbides. Lyon.

Feltz et Ritter, De l'urémie expérimentale. Paris, Berger-Levrault & Co.

Fritsch, Die Krankheiten der Frauen. Aerzten und Studirenden geschildert. Mit 159 Abbildungen in Holzschnitt. (Wredens Samml. kurzer medicin. Lehrbücher Bd. I.) Braunschweig, Wreden. 8 M. 60 Pf.

Gallerand, Contribution à l'étude des lésions traumatiques du globe de l'oeil chez les travailleurs. Lyon.

Goumy, De la pleurésie sur aiguë à forme typhoïde. Paris.

Gulat, Essai sur la paralysie diphthéritique du nerf pneumogastrique. Paris, Davy.

v. Holst, Conceptionstermin und Schwangerschafts-Dauer. Dorpat. E. J. Karow's Univ.-Buchhdlg. 1 M. 60 Pf.

Lindner, Ueber die allgemeinen Grundsätze für die chirurgische Behandlung bösartiger Geschwülste. (Samml. klinischer Vorträge 196.) Leipzig, Breitkopf und Härtel. 75 Pf.

Löwenfeld, Experimentelle und kritische Untersuchungen zur Elektrotherapie des Gehirns, insbesondere über die Wirkungen der Galvanisation des Kopfes. München, J. A. Finsterlin. 3 M.

Robinson, Practical treatise on nasal catarrh. Illustrated. New-York. 8 M. 75 Pf.

Ross, A treatise on the diseases of the nervous system. Illust. with lithographs, photographs and 280 woodcuts. Churchill. 42 sh.

Rupprecht, Ueber angeborene spastische Gliederstarre und spastische Contrakturen. (Sammlung klin. Vorträge 197.) Leipzig, Breitkopf und Härtel. 75 Pf.

Smith, Dysmenorrhea: its pathology and treatment. Churchill. 4 sh. 6 d.

Stevenson, Physiology of women, embracing girlhood, maternity and mature age. Chicago. 8 M.

Tröltsch, Lehrbuch der Ohrenheilkunde mit Einschluss der Anatomie des Ohres. 7. verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 24 Holzschnitten im Text. Leipzig F. C. W. Vogel. 14 M.

Wagner, Das Empyem und seine Behandlung. (Samml. klin. Vorträge 197.) Leipzig, Breitkopf und Härtel. 75 Pf.

Wood, Fever, study in morbid and normal physiology. Philadelphia. 12 sh. 6 d.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **4. Juni.** **Nro. 13.**

178. **Dr. E. Moritz, Kurze Uebersicht über den Flecktyphus im weibl. Obuchow-Hospital während der Saison 1879—1880.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1881, Nr. 17.)

Die „Saison" beginnt mit September, dem Zeitpunkte des niedrigsten Krankenstandes. Von 531 Fällen sind in der folgenden Zusammenstellung 507 verwerthet; es kamen auf den Monat:

September	5	März	101
Oktober	8	April	79
November	17	Mai	63
Dezember	24	Juni	52
Januar	50	Juli	20
Februar	80	August	8

Unter den 531 Fällen sind 57 enhospitalen Ursprungs. Kinder werden nur ausnahmsweise in das Hospital aufgenommen. Die Alters- und Mortalitätstabelle stellt sich folgendermassen:

Unter 10	Jahren	6	Kranke	mit	0	Todten	=	Mortal.	—
10—19	„	69	„	„	2	„	=	„	2,9
20—29	„	169	„	„	11	„	=	„	6,5
30—39	„	132	„	„	13	„	=	„	10,0
40—49	„	87	„	„	20	„	=	„	23,0
50—59	„	32	„	„	12	„	=	„	37,5
60—69	„	13	„	„	9	„	=	„	69,2

Summa: 508 Kranke mit 64 Todten = Mortal. 12,2.

Die Krankheiten, welche unabhängig vom durchgemachten Typhus zum Tode führten, waren:

2 Mal Nephritis parench.
2 „ febris recurrens.
1 „ cancer vaginae.
1 „ Pyämie nach Nervendehnung wegen Ischias.

Der Tod trat ein ohne alle Complikation einfach durch den Typhusprozess 49 Mal und zwar:

am	7.	Tage	1	Mal	am	14.	Tage	6	Mal
„	8.	„	1	„	„	15.	„	6	„
„	9.	„	3	„	„	16.	„	2	„
„	10.	„	1	„	„	17.	„	1	„
„	11.	„	7	„	„	18.	„	2	„
„	12.	„	7	„	„	19.	„	1	„
„	13.	„	2	„	„	20.	„	2	„

Summa: 42.

In 7 Fällen trat der Tod ein etwa in der zweiten Woche, ohne dass der Krankheitstag zu bestimmen war.

Complikationen mit Erkrankungen der Speicheldrüsen kamen im Ganzen 23 Mal vor; darunter

einseitige Parotitis 13 mit 4 Todten
doppelseitige „ 4 „ 3 „
einseitige submaxillare Adenitis 5 mit 3 Todten
doppelseitige „ „ 1 „ 1 „

4 Mal trat der Tod ein durch Dekubitus.
1 „ „ „ „ „ „ Dekubitus und Pneumonie.
2 „ „ „ „ „ „ Pneumonie und Lungengangrän.
1 „ „ „ „ „ „ Erysipel.
1 „ „ „ „ „ „ chronischen Darmkatarrh.

Die mittlere Fieberdauer betrug 13 Tage.

E. Bardenhewer.

---

179. **Dr. Stepanoff, Beiträge zur Behandlung der febris intermittens mit Jod.** (Wratschebnoja Wedomosti, 1880. Nr. 395 u. 397.)

In frischen und leichten Fällen der febris intermittens (die Temperatur nicht 39°,0 übersteigend) hat Verfasser Jodtinktur (10 bis 15 Tropfen pro dosi dreimal täglich) in Jodkalilösung mit gutem Erfolge gebraucht.

Krusenstern (Petersburg).

---

180. **Dr. Kramnik, Behandlung der febris intermittens mit Jodtinktur.** (Medicinskoje Obosrenije 1880. August.)

Verfasser wandte auf Dr. Stepanoffs Vorschlag in 28 Fällen der febris intermittens die Jodtinktur allein und Jodtinktur bei gleich-

zeitiger Chininbehandlung an; er ist zu folgenden Schlüssen gekommen: Jodtinktur allein ist von keinem Einflusse auf febris intermittens. Bei gleichzeitigem Gebrauch beider Mittel bedarf man einer geringeren Quantität von Chinin; die Krankheit wurde bei solcher Behandlung mit 15—20 gr Chinin in toto (statt 30—40 gr), coupirt, dabei muss man aber grössere Chiningaben (8 gr pro die) verordnen. Bei dieser gemischten im Vergleich mit der ungemischten Chininbehandlung war der Krankheitsverlauf um ein bis zwei Tage verkürzt, die Anämie und Schwäche des Patienten war aber immer stärker ausgeprägt. Erbrechen ist bei kleinen Dosen der Jodtinktur nie aufgetreten; bei grossen Dosen wurde Erbrechen durch Zusatz von Opiumtinktur verhütet. Kramnik setzte die Chinin-Jodbehandlung auch während der Apyrexie binnen einer Woche nach dem Anfalle fort.

Die Dosen waren folgende:

1. Dreimal täglich fünf bis auf zwölf Tropfen Jodtinktur (allmählige Steigerung der Dosen).
2. Dieselben Joddosen, eine Stunde nach der Einnahme aber dazu 3 gr Chinin; täglich also 9 gr Chinin.
3. Dieselben Joddosen und 8 gr Chinin zweimal täglich.
4. 8 gr Chinin zweimal täglich, ohne Jodtinktur.

Krusenstern (Petersburg).

---

181. **Dr. Haberkorn, Ueber moldausche febris intermittens und deren Behandlung mit ol. sinapis.** (Protocoli kawkaskago obschtestwa wratschej.) [Prot. der kaukasischen medicin. Gesellschaft. 1879.]

Verf. schlägt vor, seine erfolgreichen Resultate bei Behandlung mit ol. sinapis der perniciösen Formen der febris intermittens zu controliren. Haberkorn braucht 2—3 Tropfen ol. sinapis pro die in grossen Portionen abgekochten Wassers oder 2—4 Tropfen einer 10% Tinktur pro die. Die Wirksamkeit dieses Mittels will Haberkorn auf dessen antiseptische Eigenschaft zurückführen; schon sehr schwache Lösung des Senföls ($^1/_{900}$) tödtet die Bacterien. Einwohner einiger Malariagegenden (Rumänien), welche grosse Quantitäten der ätherhaltenden Gemüsearten zur Nahrung gebrauchen, sollen gegen die Erkrankung an Malaria geschützt sein.

Krusenstern (Petersburg).

---

182. **Prof. Lewin, Kritische Beiträge zur Therapie und Pathologie der Larynxsyphilis.** (Charité-Annalen. VI. Jahrg. S. 537—616.)

Auf Grund eines sehr reichen Beobachtungs-Materials von 26000 constitutionell Syphilitischen sowie einer grossen Anzahl von Kehlkopf-

kranken, die Verf. in Berlin beobachtete, sowie unter gründlicher Verwerthung einer sehr umfangreichen einschläglichen Literatur, hat Prof. Lewin einzelne syphilitische Larynx-Prozesse einer sehr eingehenden Betrachtung unterworfen.

I. Statistik.

Als Mittelwerth ergiebt sich in den Hospitälern für Syphilis 2,9—4,3 %, in den Hospitälern für Hals- und Brustkranke 2,7—3,08 % Erkrankungen an Larynx-Syphilis.

Demnach zeigt sich, dass die Behauptung mancher Autoren, dass die Syphilis relativ häufig den Larynx befalle, falsch ist.

Erythema.

Mit diesem Namen benannte Lewin den gewöhnlich als Larynx-Catarrh bezeichneten Zustand, und zwar aus folgenden Gründen: Ein Catarrh d. h. eine Hyperämie und Schwellung der Schleimhaut mit vermehrter Absonderung von Drüsen-Secret wird von der Syphilis auf keiner Schleimhaut erzeugt; besteht ein solcher, so ist es eine etwa durch Erkältung erzeugte Complication. Ausserdem kann an denjenigen Stellen, die man vorzüglich als catarrhalisch afficirt hinstellt, z. B. den Stimmbändern von Catarrh keine Rede sein, da diese überhaupt keine Drüsengewebe besitzen. Vielmehr besteht diese syphilitische Affection allein in Hyperämie der Schleimhaut mit mehr weniger Schwellung des submucösen Gewebes, und ist also ein Erythem. Nur Mackenzie allein von den Autoren vermeidet die Bezeichnung Catarrh durch das Wort „Congestion". Dieses Erythem fand sich immer mit andern syphilitischen Symptomen complicirt und in 80 % der gesammten leichten Fälle von Larynx-Syphilis. Es tritt auf mit den frühzeitigen Erscheinungen der S. (Adenitis inguinalis und cervicalis), in der 6.—10. Woche nach der Infection, in den späteren Stadien ist es seltener und dann meist accidentell und ohne specifische Therapie zurückgehend.

Unter Hinweis auf den Character der Syphilis, welche in ihrem Anfangs-Stadium zwar mit irritativen Erscheinungen (Hyperämie), später jedoch nicht unter dem Bilde der Entzündung, vielmehr durch Einwanderung eines specifischen zu Hyperplasie des befallenen Gewebes führenden Zellenmaterials, unter atonischen Erscheinungen verläuft, zeigt der Verf., dass auch dieses Erythem sich wohl von der Röthe des gewöhnlichen Larynx-Catarrh's unterscheide. Das Farben-Colorit ist ein eigenthümliches; durch Einfuhr des specifischen Zellenmaterials entsteht eine venöse Stauung und die Schleimhaut-Stelle wird braunroth, schinkenfarbig, fernerhin ist die Röthung eine diffuse, eine kleinfleckige Roseola ähnliche Röthung wurde nie beobachtet. Nur die Stelle des proc. vocalis erscheint, weil durch seine Prominenz die Capillaren complicirt sind, etwas heller.

Im weiteren Verlaufe schwillt die Schleimhaut an und es kommt in Folge von Wucherung des hellen Infiltrats zu „sehr flachen, schwach über das Niveau der Umgebung hervortretenden Erhabenheiten". Secundär wuchern auch die Epithelzellen, zerfallen jedoch später in Folge

der Papillar-Hypertrophien und der consecutiven mangelhaften Ernährung fettig. Die Schleimhaut erhält dadurch ein mattweisses, wie mit Höllenstein schwach cauterisirtes Aussehen. Später werden die fettig zerfallenen Epithelien fortgeschwemmt und die Schleimhaut sieht wie erodirt aus. So erscheinen sie an ihrem Praedilections-Sitz, der Mitte der Stimmbänder, hart an den freien Rändern, „als runde, grauweisse, aus verdicktem Epithel bestehende Flecke, die sich gegen ihre Umgebung scharf abheben“.

Die seit dem Vorgange von Gerhardt und Roth als „breiter Wulst mit Excrescenzen“, flache, weissliche Zacken, „stecknadelkopfgrosse, zugespitzte Höcker“, „flache, röthliche Vorsprünge“ von vielen Autoren als Larynx-Condylome beschriebene Befunde, sind nach Lewin als syphilitischen Ursprungs nicht anzusprechen, da diese als papillöse Wucherungen beschriebenen Formen an Stellen vorgefunden wurden, wo überhaupt keine Papillen sind, ferner weil Quecksilber auf ihre Rückbildung unwirksam blieb, und weil ihr Vorkommen nach der Statistik ein zu unverhältnissmässig hohes ist.

Wahrscheinlich handelte es sich um Polypen.

Ulcera.

Die meisten Autoren, ausgenommen Schnitzler und Sommerbrodt, lassen die Geschwüre des Larynx allein aus breiten Condylomen und den gummösen Prozessen hervorgehen, und übersehen vollständig diejenigen Geschwüre, welche sich aus dem Zerfall eines parenchymatösen Infiltrates entwickeln. Letztere unterscheiden sich ganz scharf von den aus zerfallenen gummata hervorgegangenen und entwickeln sich wie die entsprechenden Haut-Syphiliden, indem das Zelleninfiltrat zerfällt, allerdings ohne dass eine Pustelbildung vorauf geht, nie auf der Haut. Im Gegensatz zu den gummösen tiefgreifenden Geschwüren sind diese oberflächlich, die Ränder flach, wenig geschwollen, mit rothem Hof umgeben, ihr Secret ist rahmartig und trocknet bisweilen ein. Der Charakter der einzelnen Geschwüre wird durch die anatomischen und physiologischen Eigenthümlichkeiten der Gebilde des Larynx modificirt. (Näheres im Original S. 558—540.)

Es folgt nun eine genaue Schilderung der Symptome und der Differential-Diagnose zwischen dem Knötchen-Syphilid, der diffusen gummösen Infiltration und den gummata. Diese 3 Zustände will Lewin wegen ihrer klinischen Verschiedenheiten genau aus einander gehalten wissen, wirkliche gummata seien ausserordentlich selten. Hinsichtlich der Beschreibung der Peribronchitis, des Oedema laryngis, der Narben, der statistischen Uebersicht über 302 Fälle von Larynx-Syphilis, die Prognose, die Tracheotomie und Zufälle bei derselben sowie die Recidive von Trachealstenosen verweisen wir auf das Original.

In Bezug auf die Therapie räth Lewin bei allen syphilitischen Larynx-Erkrankungen wegen der bestehenden Gefahr der Larynxstenose zu einer energischen Sublimat-Injections-Kur; diese hat sogar bei Fällen von acuter Stenose mit grosser Athemnoth bisweilen überraschenden Erfolg (6 Krankengeschichten) gehabt, wenn nämlich die Kur forcirt wurde in dem Grade, dass pro dosi 0,02—0,025 und pro die bis

0,05 eingespritzt wurden. Sobald die drohenden Erscheinungen vorüber sind, was zumeist nach Gebrauch von 0,3—0,4 Sublimat erreicht ist, fällt die tägliche Dosis auf 0,01, um Sublimat-Intoxication (gastrische und nervöse Erscheinungen) zu vermeiden.

Bartold.

---

183. **Prof. J. Caspary, Zur Genese der hereditären Syphilis.** (Vierteljahrschr. f. Dermatol. und Syph. 1881. 1. Heft S. 35.)

In einem Vortrage in dem Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg tritt der Verfasser gegen Kattowitz's Behauptung auf, dass durch krankes sperma oder krankes ovulum die Infection bei hereditärer Syphilis zu Stande komme, und dass das Blut der Mutter ohne Einfluss auf specifische Infection sei, sowie andererseits ein vom Vater her inficirter Foetus die Mutter nicht inficiren könnte. Durch Aufzählen der vorhandenen klinischen Beobachtungen gibt er den Beweis, dass wenn auch sperma und ovulum als die gewöhnlichen Ueberträger der Infection anzusehen seien, eine Infection durch das mütterliche Blut nicht mehr ausgeschlossen werden kann.

Doutrelepont.

---

184. **Dr. F. Mracek** (Wien), **Ueber die syphilitische Initialerkrankung der Vaginalportion.** (Viertelj. f. Derm. u. Syph. 1881. 1. S. 47.)

Unter 437 Fällen von Syphilis, welche M. in der Klinik von Sigmund während 27 Monaten beobachtet hat, zeigten 375 (ca. 86 %) krankhafte Veränderungen der Vaginalportion und zwar war letztere 21 mal der Sitz der primär syphilitischen Erkrankung, 96 mal der Sitz von secundären Symptomen, 99 mal in Folge von Gravidität, Geburt und Wochenbett verändert, und 159 anderweitig erkrankt. M. hat im Ganzen 24 Fälle von primärer syphilitischer Erkrankung der Vaginalportion beobachtet (7 Fälle waren nur mit lokalen Formen behaftet, die 17 anderen zeigten neben dem Primäraffect der port. vaginalis schon secundären Erscheinungen) und theilt die Krankengeschichten mit. Die meisten Ulcera sassen am Orificium uteri auf der Vorderlippe; in 15 Fällen war eine deutliche Induration nachzuweisen. Die wohlentwickelten Sclerosen sind von einem grossen, rothen Hofe umgeben, deutlich indurirt und diphtheritisch belegt. Die übrige Schleimhaut der Vaginalportion ist stärker geröthet, hie und da excoriirt und secernirt einen schleimigen Eiter. Der Verlauf ist äusserst langwierig, sodass die Sclerosen noch oft bestehen, wenn die anderen syphilitischen Symptome geschwunden sind. Die mittlere Behandlungsdauer betrug ca. 80 Tage, die kürzeste 37, die längste 156 Tage. Bei der Behandlung ist ein Hauptaugenmerk auf die lokale Erkrankung zu richten. Es wurden mehrmal täglich Irrigation der Scheide mit 1 %iger Chlor-

kalilösung und $^1/_2$—1%iger Carbollösung gemacht und örtlich mit Tampon's und Bruns'scher Watte, welche in Jodkalijod-, Eisenchlorid-, Jodoformlösung getränkt wurden, verbunden. Zur Allgemeinbehandlung wurde Jodkali, Einreibungen von Ung. ciner., oder Sublimatinjectionen angewendet; die Anwendung von Jodkali musste häufiger aufgegeben werden, weil sie keinen Nutzen brachte.

Doutrelepont.

---

185. **E. Tartarin, Empoisonnement par les feuilles de colchique d'automne.** Vergiftung durch die Blätter von colchicum auctumnale. (Gazette des hôpitaux, 1881. Nr. 54.)

Am Abend des 5. Mai 1879 wurden von dem Mädchen B. irrthümlich Blätter von colchicum auctumnale als Salat zubereitet und von denselben mindestens 60 gr genossen; zugleich assen davon die H., 15 Jahre alt, und das Dienstmädchen C., 16 Jahre alt. Nach einer halben Stunde traten bei der B. brennender Schmerz im Epigastrium und heftiges Erbrechen ein; andauernde schmerzhafte Nausea mit zelligem und schleimigem Auswurf; um 1 Uhr Nachts brennender Durst, kleiner Puls, kühle Extremitäten, allgemeines Kältegefühl, Abdomen eingezogen und hart. Therapie: Kaltwasser mit Aether und Opium, narkotische Einreibungen des Leibes, warme Umschläge auf die Extremitäten, Lavements, Milch mit Natr. bicarbon. In der folgenden Nacht geringe Besserung. Am 7. Mai Würgen, Durst, Koliken, Schlaflosigkeit; Temperatur erniedrigt. Am 8. stärkere Abkühlung, heftige Koliken, Puls fadenförmig, Zunge trocken, rissig. Am 9. erweiterte Pupillen, Cyanose, unwillkürliche, reisartige Entleerungen, Meteorismus, starke Cyanose der Extremitäten, grosse Unruhe, tetanische Krämpfe in Armen und Beinen, Herztöne verlangsamt, Puls unfühlbar, Tod um Mittag.

H. hatte weniger, C. nur sehr wenig genossen; bei denselben traten die Vergiftungserscheinungen in entsprechend geringerem Grade ein; die C. war bald (am 7.) genesen; die H. blieb bis zum 12. sehr schwach, mit kleinem Puls, über Schwindel und Schwanken klagend; noch mehrere Wochen hindurch Gastralgien.

Die bei H. und C. eingetretenen Symptome sind auf eine heftige Gastro-Duodenitis zurückzuführen; bei B. handelt es sich ausserdem um allgemeine, toxische Erscheinungen.

E. Bardenhewer.

---

186. **Prof. Dr. H. Nothnagel, Experimentelles über die Beeinflussung der Reflexe durch Gehirnverletzungen.** (Zeitschrift f. klin. Med. 1881. III p. 138.)

Die Beobachtungen von Veränderung der Reflexthätigkeit bei groben anatomischen Erkrankungen des Gehirns, wie sie am Krankenbett

gemacht werden, drängten zu einer experimentellen Prüfung der Frage, ob etwa durch die Verletzungen des Gehirns als solcher eine Aenderung im Verhalten der Reflexe eintritt, ob etwa im Gehirn der Warmblüter Hemmungsmechanismen für Reflexvorgänge bestehen, nach Art der von Setschenow für das Froschhirn behaupteten.

Zu den Versuchen wurden Kaninchen und Tauben benutzt; letztere besonders desshalb, weil bei Vögeln verschiedene Hautreflexe leicht hervorzurufen sind.

Bei den Experimenten an Kaninchen wurden zur Hervorrufung der Reflexe verschiedene Methoden angewendet: Electrische Hautreize mittelst des Du Bois'schen Schlittens mit einem Grennet'schen Element durch zwei feine, dicht neben einanderliegenden Platinelectroden, welche zwischen zwei Zehen des Hinterfusses auf die gut geschorene und angefeuchtete Haut aufgesetzt wurden bei einem ohne Narcose auf dem Rücken befestigten Thier. Je nach der Stromstärke wurden die Bewegungsgrade als „eben wahrnehmbare, schwache und starke Zuckungen" beobachtet. Die Hirnverletzung wurde herbeigeführt dadurch, dass durch ein mittelst eines kurzen Pfriemens in den Schädel gebohrtes Löchelchen eine Karlsbader Nadel eingeführt und hier ruhig gehalten oder hin und her bewegt wurde, um eine ausgedehntere Zerstörung der Hirnsubstanz zu erzielen, wie sie am meisten der durch Blutergüsse erzeugten Zertrümmerung beim Menschen entspricht; — andere Male wurde durch zwei längere Löchelchen mittelst zwei feiner, bis an die Spitzen mit Lack überzogener Nadeln ein beliebig regulirbarer Inductionsstrom durch die Hirnmasse geschickt und während bzw. nach dessen Einwirkung das Verhalten der Reflexe geprüft.

In einer anderen Reihe von Experimenten wurden die Reflexe dadurch erzeugt, dass man einem aufgebundenen Kaninchen in bestimmter Weise rasch gegen die Nasenlöcher blies, wobei die Extremitäten zuckten und zwar sind diese Zuckungen an den hintern Extremitäten deutlicher zu beobachten als an den vorderen; — oder dadurch, dass man durch Anblasen der einen Inguinalbeuge eine Reflexzuckung des betreffenden oder bei stärkerem Anblasen beider Beine auslöste. Die Stärke des Reizes lässt sich bei dieser Methode nur als schwaches, mittelstarkes oder starkes Anblasen ausdrücken. Trotz der Mangelhaftigkeit dieser Methode wählte sie N., weil man es dabei mit einem unbezweifelbaren, schönen Reflexvorgange zu thun hat.

Bei den Experimenten mit Tauben wurde der Umstand benutzt, dass wenn man bei einer gesunden Taube, sie an den Flügeln haltend und auf den Rücken legend, leicht die Brustgegend anbläst, beide Beine sofort gegen die Brust etwas erhoben werden. „Blaseffect von der Brust aus." Zur Beobachtung wurde noch ein weiterer Bewegungsvorgang benutzt.

Wenn man bei einer frei in die Luft gehaltenen Taube die Plantarfläche einer Zehe oder der Fusswurzel mit einem Gegenstande leise streift oder berührt, ohne einen Druck auszuüben, so erfolgt, wenn nicht eine zu dicke Schmutzkruste an den Füssen sitzt oder dieselben sonst verunstaltet sind, eine regelmässige Bewegung — alle Zehen, nicht nur die direkt berührte, beugen sich, wie wenn sie einen Gegenstand umklammern wollten. — „Zehenreflex".

Die Gehirnverletzung wurde erzielt z. Th. in derselben Weise wie bei Kaninchen, durch Einstechen und Umdrehen einer durch eine kleine Oeffnung eingeführten Nadel, z. Th. durch Cauterisation mittelst glühender Nadeln. Das Resultat der Untersuchungen war mit Ausnahme einer einzigen Versuchsanordnung (g. bei Kaninchen) negativ. Bei Kaninchen und Tauben konnte keine Unterdrückung oder wesentliche Veränderung der Reflexe festgestellt werden durch die oben erwähnte Verletzung der Gehirnsubstanz; und zwar weder während dieser Eingriffe, noch unmittelbar darnach, noch einige Zeit hinterher. — Einige ausnahmsweise auftretende, ganz geringfügige Abweichungen müssen in das Gebiet der Beobachtungsfehler verwiesen werden.

Von der Verletzung wurden, wie die Sectionen ergaben, die verschiedensten Stellen der Grosshirnhemisphären bis zu den Vierhügeln (mit Einschluss dieser) betroffen. Cerebellum, Pons und Medulla oblongata blieben von der Prüfung ausgeschlossen.

Diese Versuchsresultate stimmen nicht mit den von Simonoff bei Hundeversuchen gewonnenen überein, bei denen die mechanische und electrische Reizung der vordern Lobi der Hemisphären gewöhnlich auch eine bedeutende Hemmung des Reflexvermögens hervorrief. Auch Goltz beobachtete bei Hunden, denen er bedeutendere Partien der Hirnoberfläche entfernt hatte, in der ersten Zeit nach dem Eingriffe eine Hemmung der Reflexe, worauf dann später eine Entfesselung derselben folgte. Eine befriedigende Erklärung für diese Verschiedenheit der Resultate ist z. Z. nicht möglich, sie müsste nur in der verschiedenen Wahl der Versuchsthiere zu suchen sein.

In einer Versuchsanordnung konnte von N. eine ausgeprägte und unbezweifelbare, freilich nur ganz kurz währende Hemmung der Reflexe festgestellt werden, wenn durch Injection einer Paraffinmischung in das Gehirn eine erhebliche allgemeine intercranielle Drucksteigerung mit Bewusstseinsverlust etc. herbeigeführt war. — Das Verhalten dieser Versuchsergebnisse zu den pathologischen Veränderungen am Krankenbett, ebenso die Besprechung dieser Veränderungen selbst behält Verf. sich vor.

Engesser (Freiburg i. B.).

---

187. **Alfred Scheffer, Ueber einen Fall von Milz- und Magenkrebs im Kindesalter.** Aus der Kinderklinik in Strassburg i. E. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Leipzig 1880, p. 423.)

Ein 14jähriger Knabe erkrankte mit Schmerzen in der linken Seite, die fast beständig vorhanden waren, nur selten aussetzten und einen bohrenden, lancinirenden Charakter hatten; Nachts waren dieselben am heftigsten, so dass Patient nicht schlafen konnte. Gleichzeitig stellte sich Appetitlosigkeit ein. Als Patient äusserst elend und heruntergekommen 2 Monate später in die Kinderklinik zu Strassburg aufgenommen wurde, ergab die Untersuchung einen Tumor im Abdomen, welcher vom linken Hypochondrium ausgehend den Rippenbogen überschritt und bis fast zur Medianlinie gegen den Nabel reichte. Derselbe

war von glatter Oberfläche, war spontan und bei Druck schmerzhaft, bei tiefer Palpation schrie Patient laut auf. In den untern Partien der linken Thoraxhälfte war geringes pleuritisches Exsudat zu constatiren. Die Untersuchung des Blutes ergab eine nicht unbeträchtliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen. Es stellte sich schneller Verfall der Kräfte, hochgradige Abmagerung und ausgesprochene Kachexie ein. Das Fieber war ein unregelmässig remittirendes, und bestand während der ganzen circa $3^1/_2$ monatlichen Krankheitsdauer; Pulsfrequenz betrug 124—128. Gegen das Ende des Lebens traten dyspnoetische Erscheinungen auf, die sich weiter zu orthopnoetischen Anfällen steigerten. Erbrechen der genossenen Speisen trat während der ganzen Dauer nur 3 Mal auf, und zwar ohne blutige und gallige Beimengungen, das erste Mal 17 Tage vor dem Tode; 3 Stunden vor dem Tode kam es dann zu Blutbrechen, welches schnell zum letalen Ausgang führte. — Da der Symptomencomplex von Seiten der Milz das ganze Krankheitsbild beherrschte, so wurde die Diagnose auf malignen Tumor der Milz gestellt; die Section ergab einen ulcerirten Encephaloidkrebs des Fundus ventriculi, der in die Milz perforiert war und sie fast vollständig zerstörte; es fand sich ein krebsiges, beinahe vollkommen rundes Geschwür, welches in einer Ausdehnung von circa 4,5 cm im Durchmesser den grössten Theil des Fundus einnahm und in Communikation stand mit einer Höhle, die circa 9 cm lang und 5 cm breit war und der Lage nach der Milz entsprach. Für letztere sprach ausserdem noch der Befund normalen Milzgewebes am obern und untern Theil der Höhle. Das schnelle Wachsthum des Krebses, welches ausser der microscopischen und macroscopischen Beschaffenheit des Tumors für Encephaloidkrebs spricht, liess sich kennzeichnen durch die Verwachsungen, die ausser der Milz mit der grossen und theilweise der kleinen Curvatur des Magens bestanden. So finden wir die kleine Curvatur mit dem Zwerchfell, die grosse Curvatur mit dem obern Theil der linken Niere, das colon transversum, den Pankreas durch meist grosse Tumormassen verwachsen. Ferner fand man eine krebsige Infiltration der Magenwandungen in der kleinen Curvatur und beträchtliche Tumormassen um den Cardialtheil des Magens. Verfasser glaubt, dass die Ursache für das seltene Auftreten des Milzkrebs bei Magenkrebs darin zu finden ist, dass der Milzkrebs nur durch directe Ueberwucherung entsteht und dass die letztere vom Sitz des Krebses im Fundustheil des Magens abhängt. Die Verbreitung der Metastasen in der Milz von einem Magenkrebs findet nur auf zwei Wegen statt, 1) durch die Lymphgefässe, 2) durch directe Ueberwucherung.

Verfasser sieht sich zu folgenden Schlussfolgerungen berechtigt:

1) Der Magenkrebs wird in jedem Lebensalter beobachtet.

2) Der hier mitgetheilte Fall ist der erste im kindlichen Alter in der Literatur bekannte, in welchem es beim Magenkrebs zur Entwickelung von Krebs der Milz kam.

3) Die Symptome von Seiten des Magens können bei dieser Combination so in den Hintergrund treten, dass während des Lebens eine sichere Diagnose auf Magencarcinom nicht gestellt werden kann und der Symptomencomplex von Seiten der Milz das ganze Krankheitsbild beherrscht.

Kohts (Strassburg).

188. **E. Wagner, Beiträge zur Kenntniss der Amyloidniere.** (Deutsch. Arch. f. kl. M. XXVIII. S. 416.)

An der Hand einer etwa 20 jährigen pathologisch-anatomischen und einer fast 4 jährigen klinischen Thätigkeit legt W. seine Erfahrungen über die Aetiologie und Symptomatologie der Amyloidniere nieder. Der erste Abschnitt seiner Arbeit: Zur Aetiologie der Amyloidniere ist eine statistische Zusammenstellung sämmtlicher zur Beobachtung gekommener und obducirter Fälle, welche in folgende Gruppen eingereiht werden:

1. Amyloidniere bei Phthisis (136 Fälle) und zwar bei chronischer Lungenphthisis (133 Fälle) in ihren wechselnden Formen und Folgezuständen, mit oder ohne gleichzeitige tuberculose Affection anderer Osgane, des Darmes, der Drüsen, Knochen; bei Darmtuberculose ohne Veränderungen der Lungen (in 2 Fällen) und in einem Falle bei bedeutender Lungen- und Larynxtuberculose, bei nur ganz geringer Lungenaffection.

2. Amyloidniere bei chronischen Knochen-Krankheiten wurde 56 mal beobachtet; über die Art des Processes, und die Lokalität desselben finden sich genaue Zahlenangaben.

3. Die Amyloidniere bei Syphilis (36 Fälle). Es fanden sich 18 mal gleichzeitig geschwürige Knochen- und Hautleiden; 9 mal geschwürige Haut- und Schleimhautleiden allein; 9 mal ausser Syphilis noch anderweitige für Amyloid ätiologisch wichtige Momente.

4. Amyloidniere aus selteneren Ursachen (37 Fälle). Hierher rechnet W.

a. Sackige Bronchiectasien.

b. Chronische Eiterungen und Verschwärungen der Haut; in einem Falle war eine schwere Variola als Ursache der Amyloidniere anzusehen.

c. Chronische Schleimhauteiterungen (Urethralfistel, chronische Darmgeschwüre).

d. Chronisches Empyem.

e. Chronische Pyelitis und Pyelocystitis.

f. Chronische Parametritis mit Harnblasenfistel.

g. Primärer Psoasabscess.

h. Ulcerirendes Carcinom (1 mal Peniscarcinom, 2 mal Uterovaginal-Krebs).

i. Sarcom (ulcerirendes Sarcom des Gesichts, ulcerirtes Sarc. des Fingers und Mitelhand-Knochen).

Ein Fall von langjährig exulcerirendem Lupus wird durch eine später entstandene Lungen- und Darmtuberculose als ätiologisches Moment zweifelhaft. Bei den meisten der bisher besprochenen Gruppen sind jeweils kurz gefasste Krankheits- und Sectionsberichte beigefügt. Besondere statistische Berücksichtigung finden bei der Zusammenstellung jeweils noch, das Alter, Geschecht der Patienten; gleichzeitiges Vorhandensein oder Fehlen von Speckmilz und Speckleber, Auftreten von Hydrops, Oedem, und die letzte Todesursache.

5. In diese letzte Gruppe reiht W. die Fälle von Amyloidniere aus unbekannten Ursachen. Es sind dies 7 Fälle, deren Krank-

heitsbild und Obductionsbefund in kurzen Zügen mitgetheilt wird. In 2 Fällen waren vielleicht frühere Eiterungen, in einem 3. vermuthlich Malaria das ätiologische Moment; in einem andern bestand ein chronisches Herzleiden, in einem weiteren Lungenemphysem mit chronischer Bronchitis; in den beiden letztern war selbst keine muthmassliche Ursache aufzufinden gewesen.

Im 2. Abschnitt: Zur Symptomatologie der Amyloidniere bespricht Wagner zunächst den anatomischen Befund, und stellt folgende gleichzeitig klinisch wichtige Arten der Amyloidniere auf:

1) geringe Amyloidentartung der Rinde oder des Marks oder beider ohne wesentliche Veränderungen des Epithels und des Stromas;

2) die Speckentartung mit verschieden starker Verfettung des Epithels ohne Veränderung des Stromas;

3) dieselbe Speckentartung mit frischen interstitiellen Veränderungen;

4) die Amyloidschrumpfniere. Bezüglich dieser letztern Form theilt W. die Ansicht derer, welche das Amyloid in der schon ausgebildeten Schrumpfniere entstehen lassen.

Die Beschaffenheit des Harns wird betrachtet in Bezug auf die Menge, welche in den meisten Fällen, und zwar ohne auffallenden Unterschied der einzelnen anatomischen Formen, vermindert, nur in wenigen vermehrt gefunden wurde; auch zeigte sich in den einzelnen Fällen keine Constanz, eher ein öfterer Wechsel zu verschiedenen Zeiten und Perioden der Krankheit, gewöhnlich ohne nachweisbare Ursache. Gleiche Schwankungen zeigte das spec. Gewicht, sowie der Eiweissgehalt des Harns, welcher übrigens in der Mehrzahl mittelgross oder sehr gross und nur in wenigen Fällen von granulirter Speckniere sehr gering war. Der meist klare Harn zeigte eine dunkle oder dunkelröthliche Färbung. Ungleich und inconstant erwies sich ferner das Harnsediment, in Reichlichkeit, Beschaffenheit und Form; die Harncylinder meist hyalin, ohne für Amyloid charakteristische Eigenschaften darzubieten; nur 2 mal trat Amyloidreaction ein, mit Leonhardi'scher Tinte; weisse Blutkörperchen wurden häufiger wie rothe, theils isolirt, theils Cylindern anhaftend gefunden. Wassersucht wurde verhältnissmässig seltener beobachtet als von anderer Seite angegeben, doch war dieselbe fast immer von hartnäckigem Charakter. Von urämischen Erscheinungen kamen epileptiforme Anfälle, Coma, lang dauerndes Erbrechen, und einmal kataleptiforme Zustände zur Wahrnehmung.

Von Veränderungen des Herzens wurden notirt Hypertrophie des L. Ventrikels 10 mal bei der atrophischen Form, auffallend selten bei Lungenphthisis excentrische Hypertrophie des R. Herzens, dagegen häufiger einfache braune Atrophie. Die Zeitdauer der Krankheit erwies sich als eine schwankende und vorzugsweise von der Grundkrankheit abhängige. Der tödliche Ausgang war meist durch intercurrente oder von der Grundkrankheit abhängige Affectionen veranlasst; bemerkenswerth war in einem Falle eine sich über 5 Wochen hinziehende Agone.

Bei der oft recht schwierigen Diagnose und nur selten möglichen Differentialdiagnose der einzelnen Formen der Speckniere empfiehlt W. einer besonderen Berücksichtigung, die ätiologischen Momente, die

schärfere pathologisch-anatomische Untersuchung, die genauere Beobachtung der Harnveränderungen und sorgsame Erwägung der allgemeinen Constitutionsverhältnisse.

Hindenlang (Freiburg).

189. **A. Högges, Die Wirkung einiger Alkaloide auf die Körpertemperatur.** (Archiv f. exp. Path. und Pharm. 1881. Bd. 14. S. 113—138.)

H. stellte sich die Aufgabe, den Einfluss zu bestimmen, den einige wichtigere Alkaloide auf das Verhalten der Körpertemperatur bei gesunden Thieren ausüben. Die Messungen wurden an Kaninchen gemacht, das Thermometer bis zu einer bestimmten Marke in den Mastdarm eingeführt. Vor den eigentlichen Versuchen bestimmte Högges die Temperaturschwankungen, die durch Fixiren der Thiere an sich bedingt werden, die so erhaltenen Zahlen für die minutenweise Abkühlung wurden bei den Versuchen mit den Alkaloiden mit in Rücksicht gezogen.

Strychnin. Nach subcutaner Injection des Giftes beginnt ein paar Minuten später die Temperatur zu steigen bis zu einem bestimmten Punkte, um den sie eine Zeit lang oscillirt, mit dem Nahen des Todes tritt Temperaturabfall ein. H. beobachtete bei seinen Versuchen Steigerungen von 0,2—0,5 ° C.

Nicotin. Nicotin verzögert die natürliche Abkühlung und hebt dadurch die Mastdarmtemperatur. Für drei Versuche betrug die Temperaturerhöhung 1,2°—0,57° und 0,4° C. Mit dem Nachlassen der Vergiftungssymptome sinkt die Temperatur wieder, unter Umständen hält die Erhöhung bis zum Tode an.

Picrotoxin. Mit dem Eintritt der Vergiftungssymptome steigt die Mastdarmtemperatur. H. beobachtete eine Erhöhung von 0,4° in zwei Fällen. Bei dem ersten sank die Temperatur nach dem Tode ohne Unterbrechung, bei dem zweiten wurde eine, 5 Minuten lang dauernde Steigerung von 0,05° beobachtet.

Muscarin. Die Temperaturcurve weicht nach Vergiftung mit dem Alkaloid des Fliegenpilzes kaum von der normalen ab. Es scheint demgemäss das Muscarin auf die Mastdarmtemperatur gar nicht zu influiren.

Aconitin. Das Aconitin setzt die Mastdarmtemperatur herab. In einem Versuch fiel die Temperatur binnen 22 Minuten um 1,0°, in einem zweiten binnen 61 Minuten um 1,31°.

Chininum bisulfuricum. Nach kleineren Dosen fand H. die Temperaturabnahme stärker wie nach grösseren, überall aber wurde bei der acuten Vergiftung mit saurem schwefelsaurem Chinin die normale Körperwärme gesunder Kaninchen herabgedrückt.

Veratrin. Veratrin verhindert die normale Abkühlung und erhöht dadurch die Temperatur im Rectum.

Curare. Injection von 1 mlgr alkoholischer Curarelösung in 1 ccm

Wasser setzte die Temperatur herab, die doppelte Dosis des Giftes verzögerte die Abkühlung.

Demgemäss wären als die Körpertemperatur erhöhend anzusehen: Strychnin, Nicotin, Picrotoxin, Veratrin. Vermindernd wirken: Chinin und Aconitin, unbestimmt Muscarin und Curare.

Schulz.

190. **Jules Simon, Des vomitifs chez les enfants.** Brechmittel bei Kindern. (Gazette des hôpitaux. 26 Avril 1881.)

Verf. wendet unter den vegetabilischen Brechmitteln die Radix Ipecacuanhae am meisten an. Er giebt sie bei Kindern in folgenden Dosen:

Syrup. Ipecac. 30,0 mit Pulvis Ipecac. 0,20 von 1—8 Tagen,
„ „ „ „ „ „ 0,30 von 8 Tagen bis 1 Jahr,
„ „ „ „ „ „ 0,60 von 1 Jahr bis 3 Jahre,
„ „ „ „ „ „ 1,0 von 3 Jahr ab.

Von den beiden ersten Mitteln gibt er alle 10 Minuten 1 Caffelöffel voll, von dem dritten alle viertel Stunde. Statt dessen kann man Pulvis Ipecac. in einer Dosis von 0,20—0,36 bis 0,5 mit Aqua tiliae und Syrupus florum aurantii 2—3 mal geben, und damit aufhören, sobald Brechen erfolgt. Bei sehr nervösen Kindern kann man die Ipecac. in Form von Pastillen (1—3 täglich) geben. Endlich gibt man Kindern von 4—5 Jahren, die an chron. Krankheiten der Athmungsorgane leiden, die Ipecac. in Form der Pulvis Doweri, zu einer Dosis 0,20—0,30.

Die Radix Ipecac. ist, wegen ihrer Eigenschaft, die Secretion der Magen- und Darmschleimhaut anzuregen, bei Magen- und Darmaffectionen indicirt. Als Brechmittel ist sie in den leichtern Formen der entzündlichen Laryngitis indicirt, jedoch nicht beim Beginn der Krankheit, sondern in der Mitte und am Ende derselben. Beim Pseudocroup liegt in ihrer Anwendung die absolute Therapie. Beim Croup darf ein Brechmittel nur angewendet werden, wenn das Kind nicht deprimirt ist und die Erstickungsgefahr eine grosse ist. In diesem Falle gibt man ein Brechmittel Morgens und Abends (Radix Ipecac. 0,50 mit Syr. Ipecac. 30,0). In Fällen von wahrer diphtheritischer Infection ist dagegen die Ipecac. als Brechmittel contra-indicirt, wegen des Collapses, der ihrer Anwendung folgen würde. In diesen Fällen gibt man Alkoholpräparate, um die Kräfte der Kinder zu heben.

Bei der Bronchitis universalis ohne Asphyxie wendet man das Brechmittel gegen den 3.—4. Tag an, wann auf die rh. sibilantes crepitirendes Rasseln folgt und die Secretion beginnt. Sobald daher die Bronchitis eine capilläre wird, ob Bronchopneumonie sich hinzugesellt oder nicht, sind die Brechmittel ganz und gar contra-indicirt, weil sie den beginnenden Kräfteverfall nur steigern würden; dagegen sind Alkohol und Vesicatore hier anzuwenden.

In der capillären Bronchitis kann ein Brechmittel nur dann erst nützen, wenn die Krankheit geheilt ist, kein Fieber mehr besteht, der

Kranke aber keinen Appetit hat, hustet und Tendenz zum Expectoriren zeigt. In diesem Falle ist die Leber immer mehr oder weniger congestionirt.

Die Brechmittel sollen in der Regel bei gastrischen Störungen angewandt werden.

Wird Verf. zu einem Kinde mit Convulsionen gerufen, so gibt er zuerst ein Clysma von Wasser und Oel, oder Wasser mit Glycerin oder Wasser mit Kochsalz, nachher verordnet er ein Brechmittel (Radix Ipecac. 0,30—0,50 mit Syrup. Ipecac. 30,0) ferner folgende Lösung:

Kalii bromati 1,0
Aq. tiliae 100,0
Aeth. sulf. gtt. = 4—5
Syrup. flor. auranti 30,0
Aq. lauroc. 15,0.

Hören die Convulsionen nicht auf, so gibt Verf. dem Kinde ein Senfbad von 4—5 Minuten, wickelt es nachher in eine Decke ein und frottirt es stark. Sobald die Urin-Secretion begonnen hat, ist das Kind ausser Gefahr.

Verf. wendet mineralische Brechmittel bei Kindern so wenig wie nur möglich an. Er warnt besonders vor dem Gebrauch des tart. stibiatus. Er gibt dieses Präparat nie Kindern unter 2 Jahren. Lässt die Ipecac. bei solchen im Stiche, so kitzelt er ihnen die Uvula, oder lässt sie warmes Wasser trinken, was gewöhnlich zum Brechen ausreicht. Bei Kindern über 2 Jahren, bei welchen die Radix Ipecac. nicht wirkt, zieht Verf. die Anwendung des Cuprum sulf. der des tart. stib. vor, und verabreicht das Mittel in einer Dosis von 0,10 in einer Lösung, und lässt es 4—5 mal nehmen.

Das thermes minerale kann nützlich sein bei Kindern von 2—3 Jahren bes. in Fällen von nervösen Bronchitiden (0,05—0,10 auf 120 grm, 1 stündl. 1 Caffelöffel). Ebenso das Stibium oxydatum zu einer Dosis von 0,30—0,50. Beide müssen aber mit Vorsicht gegeben werden, und dürfen nur Kindern gereicht werden, die über 2 Jahre alt sind.

Kohts (Strassburg).

---

191. **A. Krajewski, Ueber die Wirkung der gebräuchlichsten Antiseptica auf einige Contagien.** (Arch. f. exper. Path. und Pharm. 1881. Bd. 14. S. 139—148.)

Verf. prüfte die Wirkung einiger Antiseptica auf das Contagium der Septicaemie. Dieselbe wurde bei Kaninchen erzeugt durch Impfung mit dem Leberblute eines an Staupe gefallenen Hundes. Septisches Kaninchenblut wurde dann, mit der Lösung des betreffenden Antisepticums gemischt, gesunden Kaninchen eingeimpft. Gleichzeitig wurden Controllversuche ohne Zusatz eines Antisepticums gemacht. Die Controllimpfungen endeten alle tödtlich. Arsenik erwies sich gegen das Contagium der Septicaemie unwirksam. Die übrigen verwendeten Anti-

septica, die sich wirksam gezeigt hatten, wurden dann in progressiv schwächeren Lösungen weiter verwendet. Aus den Versuchsreihen ergab sich, dass die Wirksamkeit des septischen Blutes vernichtet wird durch Lösungen von

Jod 1 : 11520	Salzsäure 1 : 80
Sublimat 1 : 400	Carbols. Natron 1 : 40
Salicylsäure 1 : 300	Thymol 1 : 40 (warme Lösung)
Kupfervitriol 1 : 160	Chlorkalk 1 : 20
Schwefelsäure 1 : 160	Essigs. Blei 1 : 20
Höllenstein 1 : 160	Eisenvitriol 1 : 20
Aetzkali 1 : 460	Salpetersäure 1 : 20
Aetznatron 1 : 160	Alkohol 1 : 1.

Culturen der das Contagium der Septicaemie vermittelnden Organismen in ausgekochter Kaninchenfleischbrühe ergaben, dass die Bacterien der Kaninchensepticaemie in Kaninchenbouillon bei 38°—40° sich schnell vermehren, sowie, dass die Culturen bei gesunden Kaninchen eingeimpft ebenso Septicaemie erzeugten wie septicaemisches Blut. Die Fortpflanzungsfähigkeit der septischen Bacterien wird vernichtet durch:

Carbolsäure	in	10 %	Lösung
Schwefelsäure	„	„	„
Salzsäure	„	„	„
Kupfervitriol	„	„	„
Höllenstein	„	„	„
Aetzkali	„	„	„
Sublimat	„	4%	„
Alkohol		94 grädig.	

Ebenso wurde die Wirksamkeit eines, bei den Impfversuchen erzeugten erysipelatösen Exsudates von den genannten Antisepticis vernichtet (Schwefelsäure, Salzsäure und Alkohol wurden nicht benutzt) in einer 10 % Lösung, Sublimat zerstörte dasselbe schon bei 2%. Erwärmen auf 55° C. zeigte sich bei dem Erysipelexsudat wirkungslos.

Es gelang K. Schafe und Hunde durch Impfung mit auf 55° erwärmtem Milzbrandblut gegen Milzbrand immun zu machen, ebenso auch wurden einmal mit septischem Blut geimpfte Kaninchen, für den Fall des Weiterlebens, gegen spätere Impfungen vom selben Material völlig immun.

Schulz.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **20. Juni.** **Nro. 14.**

---

192. **Flinzer** (Medizinalrath und Bezirksarzt in Chemnitz), **Die Massenerkrankungen in Chemnitz und Umgegend am 22. und 23. Juli 1879.** (Eulenberg's Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Bd. 34, Heft 2, pg. 254—281.)

Am 21. und 22. Juli 1879 fand in Chemnitz ein Jahrmarkt statt, bei welcher Gelegenheit sich zahlreiche Personen in einem bestimmten Fleischerladen sogen. Mettwurst, bestehend aus theils gekochtem, theils rohem, gepökeltem und leicht geräuchertem Rind-, Kalb- und Schweinefleisch gekauft haben. An den beiden folgenden Tagen erkrankten in der Stadt und Umgegend etwa 250 Personen jeden Alters. Alle Erkrankten boten einen in den Hauptgrundzügen ganz gleichen Symptomencomplex dar. Die Erkrankung war eine plötzliche, begann sofort mit ausgesprochenem tiefen Krankheitsgefühl, beträchtlicher Mattigkeit und Hinfälligkeit, sodass die Kranken sich nicht aufrecht erhalten konnten, vielfach traten Ohnmachten auf. In vielen Fällen wurde die Krankheit

mit einem Schüttelfrost eingeleitet, wie denn das Gefühl von Frost mit darauf folgender Hitze in fast allen Fällen vorhanden war. Alsbald trat meist sehr heftiger Kopfschmerz auf, in den leichteren Fällen wenigstens Eingenommenheit des Kopfes, Schwindel, bei den kleinen Kindern Somnolenz bis zum Sopor sich steigernd, in einelnen Fällen Krämpfe. Mit den Kopfschmerzen zeigten sich zugleich meist sehr intensive Leibschmerzen, unmittelbar folgte heftiges Erbrechen nebst starken Durchfällen mit zahlreichen wässrigen, später oft blutigen Entleerungen, die nicht selten unwillkührlich abgingen. Nur in einer kleinen Anzahl von Fällen fehlte das Erbrechen, welches in den schwersten Erkrankungen tagelang anhielt, so dass das Geringste was genossen wurde, wieder erbrochen ward. Die Diarrhöen hielten in manchen Fällen 10 bis 14 Tage an. Appetitlosigkeit und quälender Durst. Die Körperschwäche dauerte in allen Fällen auffallend lange; wo stillende Frauen erkrankten, versiegte alsbald die Secretion der Milch. — Die Schwere der Erkrankungen ging parallel der Menge der genossenen Wurst. — Es erlagen der Krankheit zwei 70jährige Frauen, die eine nach 5, die andere nach 17 Tagen; letztere starb an einer secundären Lungenentzündung; bei ersterer fanden sich nur catarrhalische Schwellung und Hyperämie der Schleimhaut des Darmtractus und Infiltration der solitären Follikeln und Peyer'schen Drüsen. Die Untersuchung des Blutes ergab kein positives Resultat für die Ursache der Erkrankung.

Verfasser ist geneigt, diese Ursache in Milzbrand zu suchen, von welchem das zur Wurst benutzte Rind befallen gewesen, während seitens der Commission für das Veterinärwesen in Dresden diese Ansicht nicht getheilt, vielmehr eine Infection durch Fleisch von einem an Septicämie leidenden Thiere angenommen wird. Die Specialia der beiderseitigen Ausführungen müssen im Original nachgelesen werden.

Leo.

---

193. **Eberth, Neue Untersuchungen über den Bacillus des Abdominaltyphus.** (Virch. Arch. Bd. 83. S. 486.)

Verfasser bringt neue Beweise für seine früheren Beobachtungen (ref. dies. Centralbl. 1880 Nr. 22). Um sich immer mehr über die Specificität der früher beschriebenen Typhusbacillen zu vergewissern, untersuchte er 11 Fälle verschiedener Erkrankungen, fand aber in keinem einzigen, weder in Milz- noch Lymphdrüsen, Mikroorganismen, wie sie beim Typhus vorkommen. Mit dem gleichen negativen Resultat wurden 13 Fälle von Tuberkulose und Phthise untersucht. Bei 17 untersuchten Typhusfällen dagegen fanden sich in früheren Stadien und frischen markigen Infiltrationen der Lymphdrüsen die Bacillen stets, in späteren Stadien und bei beginnender Rückbildung der Infiltrationen fehlten sie entsprechend den früher gewonnenen Resultaten. Die Mikroorganismen entsprachen in Aussehen und Verhalten den damals beschriebenen. Mikrokokken wurden niemals, oder nur in oberflächlichen Geschwüren gefunden.

Ribbert.

---

194. **Ch. Salomon, Note sur le microbe de la diphtherie.** (Progrès médical. 12. Fev. 1881.)

Der Pilz, den Verf. in den Pseudomembranen bei Menschen gefunden und den er gezüchtet hat, gleicht weder dem Zygodesmus fuscus noch der tilletia diphtherica von Letzerich, noch dem Microsporon von Klebs, sondern stellt sich in der Form des Mycelium und in characteristischen Sporen dar. Das Mycelium bildet lange, sehr helle, stellenweise gefächerte Schläuche, die sich sehr verlängern, sich theilen und durch ihre leicht gebogenen Zweige die Figur einer Leier oder einer Stimmgabel darbieten.

Die Sporen sind zweifacher Art; er unterscheidet die runden oder ovalen, welche man Keimsporen nennen kann, und die rechtwinkeligen (spores rectangulaires), welche das letzte Stadium der Entwickelung darstellen, und vom Verf. „conidies“ genannt werden.

Diese letzteren charakterisiren die Art dieser Pilze. Ihre Grösse ist sehr verschieden, sie sind theils isolirt, theils liegen sie zu 2 oder 3 zusammen, sehr oft in Form eines Rosenkranzes zu 10—15, oder in Form einer Kette. Zuerst homogen füllen sie sich bald mit kleinen runden, sehr glänzenden Körnchen von der Grösse der gewöhnlichen Micrococcen. Verf. hält dieselben für die wirklichen Keime des Pilzes.

Die runden oder ovalen Sporen bilden durch ihre Verlängerung das Mycelium.

Verf. hat auf die Mund- und Nasenschleimhaut bei Thieren Impfungen vorgenommen.

6 inoculirte Kaninchen starben nach 6—8—10—18 Tagen; eins davon zeigte am Halse eine enorme Schwellung, welche an das Oedem bei Diphtheritischen erinnerte. Durch Züchtung des Serums aus dieser Anschwellung erhielt Verf. den Pilz mit charakteristischen „conidies“. Ein anderes Kaninchen erkrankte an einer fibrinösen Pleuritis mit Exsudat. Das Exsudat ebenso wie die Pseudomembranen haben durch Züchtung den inoculirten Pilz wiedergegeben. Niemals hat die Züchtung des Blutes den Pilz wiedergegeben.

Frösche, die Mycelium geschluckt hatten, starben nach 8—10—11 Tagen. Die Magenschleimhaut war mit einem gelblichen Schleim bedeckt, der aus Epithelzellen, Granulationen, Fetttröpfchen, einer grossen Menge Micrococcen und aus einer gewissen Anzahl rechtwinkeliger „conidies“ bestand. Das Peritoneum war mit einer feinen und frischen Pseudomembran bedeckt. Auf der Schleimhaut des Kropfes eines Hahnes erhielt Verf. eine Masse linsengrosser Punkte, die er ebenfalls als Pseudomembranen auffassen konnte.

Um bei den Tauben die diphtheritische Pseudomembran zu erzielen, schabte Verfasser die Mundschleimhaut ab, und bepinselte sie nachher mit dem Product der Züchtung. Nach 24 Stunden hatte sich diphtheritische Pseudomembran gebildet.

Verf. glaubt in diesem Pilze den Träger der Diphtheritis gefunden zu haben, weil er damit Pseudomembranen reproduciren könne.

Was die Natur und den Ursprung dieses Pilzes anbetrifft, so spricht sich Verf. folgendermassen darüber aus: „Ich glaube sie zu

kennen, und werde sie in einer nächsten Arbeit besprechen; dies kann aber mit Nutzen nur bei genauer Kenntniss der Sache geschehen, und meine Sicherheit darüber ist eine nicht vollständige.

Kohts (Strassburg).

---

195. **Prof. Jacobi** (New-York), **Anämie im Säuglings- und frühen Kindesalter.** (Allgemeine Wiener medicin. Zeitung 1881. Nr. 15 und 16.)

Schon im normalen Zustande des Kindes besteht eine Oligämie. Das Kind erfordert mehr Blut im Verhältniss zu seinem Körpergewicht als der Erwachsene. Es besitzt weniger Fibrin, weniger Salze, weniger Haemoglobulin, weniger lösliches Eiweiss, mehr weisse Blutkörperchen und ein geringeres specifisches Gewicht; dann ist der Blutdruck wegen der relativen Weite der Arterien erniedrigt. Geringe Störungen reichen hin, um die physiologische Oligämie zur Anämie zu machen; bei der grossen Häufigkeit von Erkrankungen im Kindesalter sind desshalb Fälle von Anämie alltägliche Erscheinungen. Die ätiologischen Momente der kindlichen Anämie sind:

1. angeborene Schwäche und Krankheitsanlage;

2. Haemorrhagien, Melaina, Nabelblutungen, Blutungen bei Diphtherie;

3. acquirirte Krankheiten:

a) langdauernde Diarrhoen; diese müssen sofort gestillt werden und dürfen nicht mit Sommerhitze und Dentition entschuldigt werden;

b) Malaria;

c) Nephritis mit Albuminurie, besonders die chronische Form; Leucocythämie.

d) Schlaflosigkeit, Rachitis, Scrophulose, vergrösserte Lymphdrüsen, Knochenleiden.

4. Unpassende ungenügende Nahrung. Erkannt wird der Zustand der ungenügenden Nahrung:

1. durch die Abwesenheit einer localen Erkrankung;

2. durch die allmählige Abmagerung und durch die spärlichen, aber normalen Entleerungen.

Die Symptome der kindlichen Anämie sind:

1. Haut und Schleimhäute sind blass, mit einem gelblichen Stich, es tritt Abmagerung ein, Muskulatur und Fett schwinden; in einigen Fällen, hauptsächlich wenn Anämie mit Rachitis compliciert ist, ist das Fett nicht vermindert, sondern vermehrt; die rothen Blutkörperchen sind zum Theil zu Grunde gegangen, der Sauerstoffgehalt des Blutes ist desshalb geringer und die Eiweisssubstanzen werden desshalb unvollständig verbrannt und das Resultat dieser unvollständigen Verbrennung ist das Fett.

2. Obwohl das Gehirn an der allgemeinen Abmagerung nur wenig Theil nimmt oder doch erst bei extremer Atrophie, so treten doch im Verlauf Gehirnsymptome auf, Ohnmachten, Somnolenz oder Schlaflosigkeit, hysterische Anfälle.

3. Geräusche in den Gefässen, selten in der Jugularvene, häufig in den Carotiden und der Fontanelle.

4. Der Puls anämischer Kinder ist wenig verlässlich, ist bald beschleunigt, bald verlangsamt, bald unregelmässig, wird am besten während des Schlafes über der Fontanelle gezählt.

5. Die Trägheit der Blutcirculation, und die wässerige Beschaffenheit des Blutes bieten Anlass zur Entstehung von Catarrhen der Pharynx, Larynx und der Respirationsorgane überhaupt; in Folge der wässerigen Beschaffenheit des Blutes und des veränderten Zustandes der Gefässwände — die intima ist fettig degenerirt — treten seröse Transsudationen auf.

Die Gefahr der Anämie ist während des raschen Wachsthums am grössten, der Säugling ist desshalb mehr gefährdet, als das Kind einer späteren Periode, weil in dieser Lebensperiode das Wachsthum am rapidesten ist.

Was die Therapie anlangt, so muss prophylaktisch dahin gewirkt werden, dass das Säugen während der Schwangerschaft oder bis in das 2. Jahr hinein verboten wird; viele Fälle von Rachitis und Anämie verdanken ihre Entstehung diesem Umstande. Erbliche oder übertragbare Krankheiten der Mutter, wie Phthise, Rachitis, Syphilis, nervöse Störungen, Anämie verbieten das Stillen. Bei künstlicher Ernährung soll feste Nahrung dem Säuglinge nicht gegeben werden; die Milch soll nicht rein gegeben, sondern soll verdünnt werden, doch nicht mit Wasser, sondern durch Zusatz eines gelatinösen oder mehligen Decoctes, wie aus Gerste, Hafermehl, Gummi arabic. oder Gelatine; erst gegen Ende des ersten Lebensjahres giebt man etwas festere Nahrung wie dünngeschnittenes Fleisch, ein Stückchen Brod, $^1/_2$ Ei täglich.

Ferner muss darauf geachtet werden, dass das Kind keine kalten Füsse hat, überhaupt gegen Witterungseinflüsse geschützt werde, wenn das Wetter es gestattet, muss es frische Luft geniessen.

Von Arzneien stehen die Eisenpräparate oben an; bei fieberhaften Zuständen sind sie zu vermeiden, weil sie die Temperatur und den Blutdruck erhöhen und den Puls beschleunigen.

Die besten Eisenpräparate für das kindliche Alter sind:

1. Ferr. lactic. und tinct. ferri pomat. zeichnen sich durch leichte Verdaulichkeit aus.

2. syr. ferri jodati, hat den Vortheil, dass es zugleich als resorbens wirkend ist, desshalb bei Drüsen- und Lungenleiden indicirt.

3. Ferr. carbonic. ist leicht verdaulich und wird in Verbindung mit Wismuth oder natr. hydrocarb. bei progressiver Anämie gegeben, welche mit Magenkatarrh verbunden ist; die Dosirung für ein Kind von 2 Jahren beträgt 20—50 cgr pro Tag.

4. Tinct. ferri chlorat. wird neutral leicht vertragen, kann mit Stomachicis und bitteren Tinkturen verbunden werden, wird zu 1 gr pro Tag gegeben und ist besonders, da es ein Excitans ist, indicirt in Fällen, wo die Herzaction darniederliegt und der Blutdruck herabgesetzt ist.

5. Ferr. pyrophosphor. wird bei Anämie angewandt, die mit Verdaungsschwäche verbunden ist.

II. Arsen leistet bei chronischer Anämie bei torpider Beschaffenheit des Magens, bei träger Verdauung, geschwächter Nervenkraft gute Dienste.

Die Dosirung besteht in täglicher Darreichung von 2—5 Tropfen Fowler'scher Lösung.

III. Strychnin ist ein gutes Adjuvans des Eisens und Arsens. Ein 2jähriges Kind kann täglich 2 mgr bekommen.

IV. Phosphor wirkt ebenfalls vorzüglich, besonders bei Knochenleiden; die Dosis beträgt $^1/_{150}$—$^1/_{100}$ gr pro die.

V. Bei guter Verdauung leistet Leberthran bei Anämie ebenfalls gute Dienste.

Kohts (Strassburg).

---

196. **Zander, Zur Lehre von der Aetiologie, Pathogenie und Therapie der Chlorose.** (Virch. Arch. Bd. 84, S. 177.)

Die Chlorose beruht zwar vorzugsweise auf einer mangelhaften Bildung rother Blutkörperchen und kann allerdings durch reichliche Zufuhr von Eisen gebessert werden, aber doch erfahrungsweise nur so lange die versuchte Aufnahme des Eisens andauert. Nun ist aber der Eisengehalt gesunden Blutes sehr gering und in der Nahrung des Säuglings und des Erwachsenen ist mehr Eisen enthalten, als der Mensch zur Unterhaltung einer normalen Blutbeschaffenheit bedarf, wie man durch Untersuchung der Excremente und des Harns leicht nachweisen kann. Auch der Koth und Urin Bleichsüchtiger weist bedeutende Mengen Eisen auf und trotzdem ist der Gehalt desselben im Blute vermindert. Das kann offenbar nur an einer zu geringen Resorption von Eisen liegen und diese ungenügende Aufnahme hat in erster Linie ihren Grund in einer ungenügenden Menge Salzsäure im Magen, die das Eisen zur Lösung führt. Verf. schlägt also vor, Chlorotischen statt Eisen Salzsäure zu geben (2,0—4,0 : 200,0 $^1/_4$ Stunde nach dem Essen 1—2 Esslöffel) und hat damit selbst günstigere Resultate erzielt, als mit der Verabreichung von Eisen.

Ribbert.

---

197. **Dr. Otto Seifert, Ein Fall von morbus maculosus Werlhofii mit nachfolgendem diabetes mellitus.** Aus der medicin. Klinik zu Würzburg. (Deutsche medicin. Wochenschr. 1881. Nr. 17.)

Ein 10jähriger kräftiger Knabe, der bisher immer gesund gewesen war, erkrankte als Diphtheritisreconvalescent an morb. maculosus Werlhofii; am ganzen Körper traten Purpurflecken auf mit schwer stillbaren Blutungen aus dem Zahnfleisch und aus den Nieren. Der Urin war stark blut- und eiweisshaltig. Die Untersuchung des Blutes ergab, dass das Mengenverhältniss zwischen rothen und weissen Blutkörperchen von dem normalen nicht abwich. Obgleich die Prognose bei den starken Schleimhaut- und Nierenblutungen ungünstig schien, so ging die Krankheit unter der geeigneten Behandlung (Tamponade des blu-

tenden Zahnfleisches mit liq. ferri. 1 : 150 mit glycerin 20,0 innerlich) zurück. Die Purpurflecken und die Blutungen schwanden, der Harn wurde klar und hell; nur war das specif. Gewicht sehr hoch, 1027, und die Untersuchung ergab einen mässigen Zuckergehalt. Pat. befand sich ziemlich gut, das Körpergewicht nahm zu, die Urinmenge betrug nie über 1400 gr pro Tag, das specif. Gewicht schwankte zwischen 1019 und 1039, der Zuckergehalt zwischen 4,8% und 1,5%. Die Prognose erscheint demnach noch ziemlich günstig. Verfasser nimmt an, dass bei dem Patienten in Folge der hämorrhagischen Diathese kleine Blutungen in die Medulla oblongata stattgefunden haben, die zwar nicht so bedeutend waren, um den Tod herbeizuführen, doch intensiv genug, um irreparable Störungen in jenem Gebiet zu erzeugen, welches mit dem Entstehen des Diabetes in nahem Zusammenhang steht. Verfasser führt 6 Fälle an, bei denen nach Gehirnblutungen Diabetes beobachtet wurde; nach purpura haemorrhagica ist dies aber bisher nicht beobachtet.

Kohts (Strassburg).

---

198. **Dr. M. Bernhardt, Zur Pathologie und Therapie des Facialiskrampfes.** (Zeitschr. f. klin. Medic. 1881. III. p. 96.)

Der geringe Zuwachs, den unsere Kenntnisse über das Wesen und die Behandlung krampfhafter Zustände in einzelnen Nervengebieten, gegenüber dem Fortschritte in der Kenntniss der peripheren Lähmungen erfahren haben, veranlasste B. zur Mittheilung von 6 Fällen von Facialiskrampf, denen er einen Fall von Krampf im Gebiete des linken N. accessorius anhangsweise beifügt. Die Fälle zeichnen sich weder ätiologisch noch in ihrer Erscheinungsweise von den bisher bekannten sonderlich aus. Die Ursache ist mit Ausnahme eines Falles (Fall 4), bei dem eine epileptiforme Grundlage angenommen werden konnte, im Dunkeln; nur einmal (Fall 3) wird ganz bestimmt Erkältung, unter Ausschluss alles Uebrigen als ursächliches Moment angegeben; in den übrigen Fällen wurde in Ermanglung eines Besseren auf dasselbe Moment zurückgewiesen.

In allen Fällen war die Affection einseitig, ohne Betheiligung der Gaumenmuskulatur, ohne vermehrte Speichelsecretion, ohne Geschmackstörungen, ebenso war die äussere Ohrmuskulatur frei, nur in einem Falle (Fall 5) bestand Knacken im Ohr der leidenden Gesichtshälfte, synchron mit den Krampfanfällen, wohl durch Betheiligung des M. stapedius an den Zuckungen bedingt.

Abgesehen von Tic convulsiv befanden sich die Patienten alle in gutem Gesundheitszustande, sensible und vasomotorische Störungen fehlten vollständig. Und ausser den epileptischen Erscheinungen in Fall 4 waren keine Anzeichen einer centralen Affection, oder sonst eines schweren, fortschreitenden Allgemeinleidens vorhanden, — die activen Bewegungen ungestört. — Die electrische Erregbarkeit war meist nicht geändert, in einigen wenigen Fällen erschien sie mässig gesteigert. — Druckpunkte, von denen aus die Zuckungen sistirt werden

konnten, waren keine vorhanden. — Die verschiedenen Methoden der electrischen Behandlung (Anode in der Fossa stylo-mastoïdea; Durchleiten eines constanten Stromes durch die Proc. mastoïdei, Application der Anode an das der leidenden Gesichtshälfte gegenüber liegende Scheitelbein (Berger)) waren erfolglos. — In zwei Fällen sistirten die krampfhaften Zufälle längere oder kürzere Zeit. — In Fall 3 spontan ohne besonders nachweisbare Ursache; in Fall 5 während des Verlaufs einer Conjunctivitis. — Bei den Epileptikern trat Heilung ein durch den längeren Fortgebrauch von Kali brom.; bei allen andern erwies sich dasselbe erfolglos, die Nervendehnung, die in Fall 5 und 6 angewendet wurde, war von kaum nennenswerthem Erfolg begleitet.

Ausser einer einige Monate anhaltenden nur langsam verschwindenden Lähmung im Gebiete des operirten Facialis bei Fall 6 hatte die Operation keine nachtheiligen Folgen.

In Fall 5 sistirten die Zuckungen für den Tag der Operation, traten aber am nächstfolgenden Tage, freilich mit bedeutend geringerer Intensität wieder auf. — 2 Jahre nach der Operation waren die Zuckungen wieder in der gleichen Intensität vorhanden, wie vor der Operation — ein Fortschritt zur Besserung war nur darin zu constatiren, dass oft Stunden lange Pausen eintraten, während welcher auch active Bewegungen keine Zuckungen mehr hervorriefen, wie dies früher der Fall war.

In Fall 6 kehrten die Zuckungen nach 5 Monaten mit dem Verschwinden der Lähmung wieder zurück, jedoch auch mit dem in Fall 5 constatirten Verschwinden der geringeren Intensität und des längeren Submittirens.

Auch bei Fall 7, mit Accessoriuskrampf, war ein wesentlicher Erfolg von der Nervendehnung nicht zu verzeichnen.

Es stimmt dieses Resultat mit den bei allen bisher durch Dehnung des Nerven operirten Fällen von Fis convulsif erzielten überein, — stets war nach längerer oder kürzerer Zeit ein Recidiv eingetreten, und zwar nicht allein da, wo die Dehnung keine Lähmung im Gefolge hatte, sondern auch bei den Fällen, welche von einer meist schweren Paralyse gefolgt waren.

Gegenüber der Operation der Nervendehnung, die wenn auch dank der verbesserten Wundbehandlung, kaum mehr als gefährlich zu bezeichnen, doch stets ein mehr oder weniger langes Krankenlager nothwendig macht, will B. noch die Aufmerksamkeit darauf lenken, etwa einen mit der nöthigen Vorsicht ausgeführten und durch längere Zeit hindurch fortgesetzten Druck auf den Nervenstamm oder Ast eine Leitungsunterbrechung im Nerven herbeizuführen.

Schliesslich betont B., dass die Acten über das vorliegende Thema noch lange nicht geschlossen sind, dass erst weitere Erfahrungen die Richtschnur für unser therapeutisches Eingreifen bei Facialiskrampf werden abgeben müssen.

Engesser (Freiburg i. B.).

199. **Dr. H. Schüssler** (Bremen), **Ein durch doppelseitige Ischiadicus-Dehnung geheilter Fall von Tabes dorsalis.** (Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. 1881. Nr. 10.)

Ein Bauunternehmer, Vater von 7 gesunden Kindern, trug wegen Bruchs der rechten fibula bei Glatteis 5 Wochen um den rechten Unterschenkel einen Gypsverband; nach Entfernung desselben Schwäche im rechten Beine, später auch im linken. Während 2monatlicher Massage Verschlimmerung der Beschwerden: Schwanken bei Halbdunkel, Unsicherheit, lähmendes Gefühl in den Beinen. Nach circa 2 Monaten Schmerzen im Rücken, reissende Schmerzen, später Kältegefähl in den Beinen, Hyperästhesie der Vorderflächen beider Schienbeine, Urinbeschwerden, Schwäche der Potenz. Nach etwa 9 Monaten Schwanken, Schleudern der Beine, Umsinken beim Augenschluss vorhanden, Taubheit in den Fusssohlen, Schwäche in den Beinen; diese kühl; Sensibilität herabgesetzt, kein Muskelgefühl in den Beinen, kein Patellarsehnenreflex, Unfähigkeit im Dunkeln zu gehen. Muskel- und Sehkraft gut erhalten. Es besteht Pupillenstarre, rechts Parese des Oculomotorius. S. diagnosticirt rasch verlaufende tabes dorsalis im Beginn des paralytischen Stadiums. In der Chloroformnarkose wird streng antiseptisch zuerst der rechte, dann der linke nerv. ischiadicus dort, wo der biceps femoris sich unter den glutaeus maximus schiebt, aus der Tiefe hervorgeholt und mit den Fingern zunächst peripher so stark angezogen, dass der Fuss und die Zehen sich bewegen, sodann an dem unter den Nerv geschobenen Finger der ganze Körper des Pat. dreimal sanft in die Höhe gehoben, da erst beim dritten Male ein Nachgeben verspürt wurde.

Nach sechs Wochen ist die Sensibilität, Muskelgefühl, Motilität, Wärmegefühl in den Beinen wieder hergestellt, Ataxie, Zittern der Zunge, Urinbeschwerden geschwunden. Pat. kann im Dunkeln gehen, das Kniephänomen fehlt. Bald hob sich auch die Schwäche der Potenz. Eine zweite Untersuchung nach späteren 5 Wochen lässt den Kranken als ganz geheilt erscheinen. Hieran knüpft dann S. weitere Betrachtungen über die Nervendehnung im Allgemeinen und über die bisher in dieser Weise operirten Fälle anderer Aerzte.

Oebeke (Endenich).

---

200. **M. Bouillaud, Les dérangements de la progression, de la station et de l'équilibration, survenant dans les expériences sur les canaux semicirculaires ou dans les maladies de ces canaux, n'en sont pas les effets, mais ceux de l'influence qu'elles exercent sur le cervelet.** Die Störungen des Gehens, Stehens und des Gleichgewichts bei Verletzung der Canales semicirculares kommen zu Stande durch den Einfluss des Kleinhirns. (Comptes rendus. Tome XCII. Nr. 18. 1881. p. 1029.)

Flourens schloss aus seinen Versuchen, dass das Kleinhirn das Centrum für die coordinirten Bewegungen sei, und aus späteren Ver-

suchen, dass Zerstörung der halbcirkelförmigen Kanäle direct Störungen des Gehens, des Stehens und des Gleichgewichts zur Folge habe. Gegen die letztere Behauptung macht Vf. geltend, dass sie schon a priori sehr unwahrscheinlich klinge, denn es wäre höchst merkwürdig, wenn ganz unähnliche Theile — Kleinhirn und Bogengänge — ganz gleiche Funktionen hätten, und ausserdem ständen die halbcirkelförmigen Kanäle durchaus in keiner directen Verbindung mit den Extremitäten. Aus den klinischen Beobachtungen ferner ergebe sich, dass in der weitaus überwiegenden Anzahl der Fälle von Erkrankung des inneren Ohres keine Coordinationsstörung auftrete. Dass sie in einer Reihe solcher Fälle allerdings vorhanden sei, sei lediglich Folge von gleichzeitiger krankhafter Störung des Kleinhirns, welches, dem inneren Ohre eng benachbart, bei Erkrankung des letzteren sehr leicht mitergriffen werden könne. Ebenso seien die Flourens'schen Versuche zu erklären, und Läsionen der Bogengänge allein würden keine Coordinationsstörungen zur Folge haben.

Verf. erwähnt von klinischen Beobachtungen, auf die er sich stützt, acht bereits publicirte Fälle, aus denen die Abhängigkeit der Erkrankungen des Kleinhirns von solchen des inneren Ohres ersichtlich sei. Als einziges Centrum für die Coordination des Gehens, des Stehens, des Gleichgewichts sei demnach das Kleinhirn zu betrachten.

Lüderitz (Jena).

---

201. **Adolf Baginsky** (Berlin), **Ueber Pneumonie im Kindesalter.** (Veröffentlichungen der Gesellsch. f. Heilk. in Berlin. Oeffentliche Versammlung der pädiatrischen Section am 5. und 6. April 1880.)

Nachdem B. die Entwicklung, die Symptome und den Verlauf der croupösen und katarrhalischen Pneumonie und die Mischform charakterisirt hat, geht er zu einer genaueren Besprechung der croupösen Pneumonie der Kinder über. Der Puls hat nach ihm nicht die Bedeutung wie beim Erwachsenen, da auch unter normalen Verhältnissen hohe Pulszahlen beobachtet werden; nur lange Dauer beträchtlicher Steigerung ist prognostisch wichtig und plötzliche Unregelmässigkeit weist auf drohende Störung seitens des Centralnervensystems hin; die Respiration ist stossend und dieses Phänomen für die Pneumonie des Kindes charakteristisch; es wird rasch inspirirt, auf der Höhe der Inspiration tritt eine kurze Pause ein und endlich erfolgt die Exspiration mit einem eigenthümlichen vernehmlichen Stoss; in dem Maasse, als die Respiration zunimmt, hört die stossende Form der Respiration auf, dieselbe wird oberflächlich, der Organismus hat keine Zeit zur Pause auf der Höhe der Inspiration, und dies ist ein ominöses Zeichen; in der Regel ist dann die Pneumonie sehr ausgedehnt oder durch Pleuritis oder Bronchitis complicirt.

Die Temperatur charakterisirt sich durch rapides Ansteigen, durch mässige abendliche Steigerungen und durch plötzlichen kritischen Abfall.

Nach Jürgensen ist nun das Wesentliche und Massgebende bei der Pneumonie die Temperatur, welche eine Insufficienz des Herzens und damit den Tod herbeiführt. Dem gegenüber behauptet Verfasser, dass beim Kinde durch die Insufficienz der Respiration der Tod herbeigeführt wird. Das Kind hat unter normalen Verhältnissen einen lebhafteren Gaswechsel als der Erwachsene. Es gebraucht mehr Sauerstoff und athmet mehr Kohlensäure aus, dann sind die Respirationsmuskeln nur schwach entwickelt, es wird in demselben Maasse, als die pneumonische Infiltration der Lunge zunimmt, die auf den Blutstrom wirkende Saugkraft der Lunge vermindert, und der Ausfall kann nur durch gesteigerte Thätigkeit der Respirationsmuskeln ausgeglichen werden.

Diese Thatsache ist für die Therapie nicht bedeutungslos; energische Abkühlung durch Anwendung kalter Bäder, bis zu 6° R., wie sie Jürgensen verordnet, sind deshalb zu verwerfen. Wie man täglich sehen kann, vertragen Kinder die kalten Bäder nicht, selbst wenn man Reizmittel giebt; durch das kalte Bad contrahiren sich die Arterien, es entsteht eine Drucksteigerung im Aortensystem, welcher der kindliche Organismus in Folge des verhältnissmässig schwach entwickelten linken Herzmuskels nicht gewachsen ist.

Gegen die Hepatisation der Lunge kann man therapeutisch nicht eingreifen, es kommt aber in der Umgebung der Hepatisation zur Hyperämie und entzündlichen Anschoppung, die sich physikalisch durch tympanitischen Schall und durch unbestimmtes, oder schwach bronchiales Athmen kund giebt. Gegen diesen Zustand glaubt Verf. durch zeitgemässe Blutentziehung hülfreich einschreiten zu können; er verordnet deshalb, wenn keine contraindicirende Zustände, wie Anämie, Rachitis, Scrophulose, vorhanden sind, nur eine dem Alter angemessene Zahl von Schröpfköpfen. Von den 60 Kindern, die B. an Pneumonie behandelt hat, sind nur 4 gestorben, und diese waren, weil Complikationen vorhanden waren, nicht geschröpft. Eisblasen werden von Kindern nicht gut vertragen, und werden vom Redner nur angewandt, wenn er keine Blutentziehungen zu machen wagt. Ob Hautreize nutzbringend sind, lässt Verf. unentschieden; sie führen einen erhöhten Druck im Aortensystem und dadurch eine Mehrbelastung des linken Herzens ein, und sind deshalb zu verwerfen, andererseits wirken sie, wie die Erfahrung lehrt, schmerzstillend.

Kohts (Strassburg).

---

202. **Enrico de Renzi** (Genua), **Ueber das physiologische Knisterrasseln.** (Virch. Arch. Bd. 83, S. 559.)

Verf. beobachtet seit Jahren als sehr seltene Erscheinung ein Knisterrasseln bei ganz gesunden Personen in der Schlüsselbeingrube. Es tritt dasselbe nur bei den ersten tiefen Inspirationen auf, und verschwindet bei den späteren allmählich. Anfangs ist es von dem bei der Pneumonie beobachteten nicht verschieden, wird dann aber immer

schwächer. Verf. führt diese Erscheinung zurück auf eine theilweise leichte Atelectase derjenigen Lungenparthien, die beim gewöhnlichen Athmen nicht benutzt werden. Er fand sie ausser in der Schlüsselbeingrube auch auf der ganzen vorderen Thoraxfläche, nie dagegen auf der hinteren. Gegen eine pathologische Bedeutung des Rasselns spricht der Ort des Vorkommens, das allmähliche Verschwinden, das Fehlen von Husten, Auswurf etc.

Ribbert.

---

203. **Hennig** (Leipzig), **Ueber Entzündung der Unterzungendrüse bei Neugeborenen.** (Veröffentlichungen der Gesellsch. f. Heilk. in Berlin. Oeffentliche Versammlung der pädiatrischen Section am 5. und 6. April 1880.)

Verf. hat 3 Mal die Entzündung der vorderen Speicheldrüsen, der submaxiallaris und der sublingualis beobachtet; den ersten Fall sah er auf der Klinik des Professor Braun in Wien; bei einem 3 Tage alten Kinde entwickelte sich eine Vereiterung der rechten Submaxillardrüse, woran das Kind zu Grunde ging; es war zu derselben Zeit eine grosse Anzahl puerperalkranker Mütter auf der Klinik.

Einen zweiten Fall von Entzündung der linken Submaxillardrüse beobachtete Verfasser bei einem Kinde, das Redner mit der Zange entwickelt hatte. Die Eiterung selbst lief nach Perforation der Fascie des Mundbodens bis zur Pleura fort und rief Pneumonie hervor, woran das Kind zu Grunde ging.

Der 3. Fall betrifft die Sublingualis. Die Mutter war mit dem Forceps entbunden, es war eine Ruptur der Vagina entstanden, der eine colossale Sepsis folgte. Das Kind bekam zuerst einen Eiterungsprocess am Nabel, dem sich eine Entzündung und Vereiterung der linken Sublingualis 2 Tage darauf anschloss; das Kind genass.

Redner glaubt, dass die Entzündungen der vorderen Speicheldrüsen metastatischer Natur sind und dass sie meist in Verbindung stehen mit Infectionen der Mutter, also zu den Puerperalkrankheiten der Neugeborenen in den meisten Fällen gehören.

Kohts (Strassburg).

---

204. **J. Seegen, Die Einwirkung der Leber auf Pepton.** Pflüger's Archiv, XXV. Bd. 3. und 6. Heft.

Durch eine Reihe von Versuchen hat Verfasser festgestellt, dass Zuckerbildung in der Leber erfolgen kann, ohne dass das Leberglycogen in seinem Bestande vermindert werde, dass also Leberzucker auf Kosten eines anderen Bildungsmaterials entstehen kann. Diese neue Thatsache steht im Widerspruche zu unseren heutigen durch Bernard begründeten Anschauungen, dass das Leberamylum die einzige Quelle des Leber-

zuckers sei. Seegen bemerkt nun, dass es viele Anhaltspunkte gäbe, dass Fett und Kohlehydrate aus Eiweisskörpern entständen, und dass es unzweifelhaft wäre, dass auch bei absoluter Fleischkost eine Glycogenmenge gebildet würde, die nicht durch das mit dem Fleische verzehrte Glycogen gedeckt werden kann. Bei Diabetikern der schweren Form wird ferner stets beobachtet, dass trotz absoluter Fleischkost eine Zuckermenge ausgeschieden wird, die weit grösser ist als die mit dem Fleische eingeführte Glycogenmenge, die also nur auf Kosten der Eiweisskörper entstanden sein kann.

Die Versuche wurden angestellt mit der frisch getödteten Thieren entnommenen und zerkleinerten Leber. Die Details der Versuchsanordnung, so wie die chemischen Nachweise müssen im Original nachgelesen werden.

Das Resumé der Versuche ist:

Bei allen Leberstücken, welche circa eine Stunde mit einer Peptonlösung in Berührung waren, ist der Gehalt an Zucker, wie der Gehalt an Kohlehydraten beträchtlich grösser, als in den unter ganz gleichen Bedingungen, nur ohne Berührung mit Pepton behandelten Leberstücken und Seegen schliesst, dass somit die Leber unter gewissen Bedingungen bei längerem Zusammensein mit einer Peptonlösung einen grösseren Gehalt an Zucker in Kohlehydraten enthält, und also im Stande ist aus Pepton Zucker und Kohlehydrate, welche in Zucker unverwandelbar sind, zu bilden.

Kochs.

---

205. **Petrowsky, Ein Fall essentieller perforativer Peritonitis tuberculosa.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1881, XXVIII p. 409.)

Bei der Häufigkeit des Vorkommens der Tuberculose in Gefängnissen, gehört die primäre Tuberculosis Peritonei (Lebert) zu den Seltenheiten. Die Tuberkel des Peritoneums haben in seltenen Fällen Perforation der Gedärme nach Aussen und Bildung von Darmfisteln oder Perforation ins Cavum Peritonei, welches, wenn auch selten, an mehreren Stellen stattzufinden pflegt, zur Folge. Einen der letzteren Fälle beschreibt P., den er im St. Petersburger Gefängnisshospital zu beobachten Gelegenheit hatte.

Bei einem am 22. Juni 1878 ins Hospital aufgenommenen Arrestanten entwickelt sich unter unregelmässigem Fieber mit bald continuirlichem, bald remittirendem, bald intermittirendem Typus eine Geschwulst, welche am 23. Juli (dem 31. Krankheitstage) von der Grösse einer Wallnuss in der Linea alba o. p. in der Mitte zwischen Nabel und Processus ensiformis erscheint und in den nächsten 11 Tagen zu der Grösse eines Kindskopfes anwächst. Dieselbe ist bei Berührung schmerzhaft, kann durch Druck zum Verschwinden gebracht werden und kommt dann allmählig wieder zum Vorschein. Der Percussionsschall ist stets tympanitisch, die Auscultation ohne positiven Befund.

Vom 3. August an ist die Geschwulst wegen zu heftiger Schmerzen nicht mehr reponirbar, sie verliert ihre scharfe Abgrenzung gegen

die Bauchdecken, ein im Anfang bestehender Durchfall hat etwas nachgelassen, der Fiebertypus ist dagegen gleichgeblieben und innerhalb 22 Tagen (vom 3. August an) erfolgt ein bedeutender Kräfteverfall, dem der Kranke am 27. August durch Erschöpfung erliegt.

Bei Eröffnung der Bauchdecken bei der Obduction entweichen aus der Geschwulst intensiv stinkende Gase. Magen und Colon transversum waren unter sich und mit den Bauchwandungen, ebenso waren die Dünndarmschlingen unter einander und mit dem Colon ascendens und descendens, sowie mit den Bauchwandungen verwachsen. Von dieser verwachsenen Gedärmemasse wird ein Cavum von der Grösse eines Kindskopfs umgrenzt. Von dieser Höhle führt eine grosse Oeffnung in das Lumen des Colon transversum; ferner finden sich im Magen in der Nähe des Pylorus, an der grossen Curvatur drei Oeffnungen von Stecknadelkopfgrösse; die eine derselben führt in das Lumen des Colon tranversum, die beiden anderen in die besprochene Höhle. Das Peritoneum überall verdickt, schiefergrau pigmentirt, darauf graue und gelbe Tuberkel bis zur Grösse einer Erbse eingestreut. Das Leberparenchym zeigt keine Tuberkeleinlagerung. Beide Lungen nicht verwachsen, sind ödematös, enthalten diffuse Bronchiectasien, keine Tuberkel.

P. verlegt die Entwicklung der tuberkulösen Peritonitis mit der Bildung von Verklebungen der Intestina unter sich oder mit den Bauchdecken in den Zeitraum vom 22. Juni bis 23. Juli; also in die ersten 31 Tage. Die durch den tuberkulös-peritonitischen Process bedingte, von dem Centrum zur Peripherie fortschreitende und zu Perforation führende Erweichung ergreift allmählig auch das parietale Peritonealblatt, wobei der von Verwachsungen und Pseudomembranen gebildete Sack, in den durch die Perforationen Gase und Darmcontenta aus den Unterleibseingeweiden austreten, als anfangs kleine, allmählig wachsende Geschwulst in der Linea alba sichtbar wird.

Die Reponibilität dieser Geschwulst war dadurch ermöglicht, dass der Höhleninhalt beim Druck unbehindert durch die grosse Oeffnung ins Colon transversum entweichen konnte, wonach sogleich durch die leichtbeweglichen und nachdrängenden Dünndarmschlingen Ersatz für das Verdrängte geboten wurde. Als die Dünndarmschlingen aber durch weitere Verwachsungen noch mehr fixirt wurden, waren sie nicht mehr im Stande ohne starke Zerrung und selbst Zerreissung ihrer Adhäsionen die aus der Geschwulst entweichenden Gase zu ersetzen; es konnte daher die Geschwulst nicht mehr ohne die heftigsten Schmerzen reponirt werden.

Engesser (Freiburg i. B.)

---

206. **Falk, Nierendefekt.** (Virch. Arch. Bd. 83. S. 558.)

Bei einem 34 jährigen Manne war die rechte Unterextremität, und nur diese, mit zahlreichen Varicen versehen, aus deren einem er verblutet war, es war ferner die rechte Schädelhälfte schmaler, flacher, durchscheinender als die linke und die Gyri rechts platter. Ausserdem

aber fehlte jede Spur einer rechten Niere sowie der Nierengefässe und des Ureters. Beide Nebennieren dagegen normal vorhanden. Linke Niere normal, nur das Nierenbecken etwas weit.

Ribbert.

---

207. **J. Parrot, La vulvite aphteuse et la gangrène de la vulve chez les enfants.** (Revue de médecine. 16. Mars 1881.)

Diese Affection, wovon Verf. 56 Fälle beobachtete, hat ihren Sitz an der Vulva, und geht von da aufs Perineum, auf die Umgebung des Afters und auf die Leiste über. Die grossen Schamlippen werden doppelt so häufig befallen, wie die kleinen. Im stadium eruptionis bemerkt man kleine runde weissliche „plaques", deren Durchmesser zwischen 1—3—4 mm variirt. Dieselben werden durch Erhebungen der Epidermis gebildet und haben eine grosse Aehnlichkeit mit den Aphthen der Mundschleimhaut. In ihrer Umgebung ist das Gewebe gewöhnlich wenig modificirt, manchmal ein wenig geschwollen. Die Anzahl der „plaques" variirt zwischen 6—10—15, die theils isolirt, theils in Gruppen zusammenstehend vorkommen. Das Stadium eruptionis dauert 36—48 St. bis 3 Tage. Im zweiten folgenden Stadium findet man runde, becherförmige Ulcerationen mit einem grauen oder ein wenig gelben Grunde, welche mit einer rothen Zone umgeben sind. Ein heftiger Pruritus, welcher sich manchmal schon unter den ersten Symptomen zeigt, veranlasst die Kinder zu fortwährendem Kratzen. Wenn die Ulceration sich vertieft und im Umfang zunimmt, so sind die Ränder mehr erhöht, die Nachbartheile viel stärker geschwollen oft selbst indurirt und intensiv geröthet. Dies ist besonders der Fall an den kleinen Schamlippen und der Clitoris. Die Ulcerationen können sehr gross werden; bei einem der Kranken war eine solche 3 Quadratcentimeter gross.

Bleibt das Uebel sich selbst überlassen, so können die afficirten Theile gangränös werden. In diesem Falle bedecken sich die Ulcerationen mit grau-braunen und schwärzlichen Flecken. Zu gleicher Zeit schwellen die unterliegenden und peripherischen Theile; sie induriren, nehmen ein livides Aussehen an und werden sehr schmerzhaft.

Ist der kalte Brand einmal aufgetreten, so greift er mit einer auffallenden Schnelligkeit um sich. Verf. hat die Zerstörung der ganzen Vulva, des Mons Veneris, des Perineum, des Anus, des Rectum und der Haut der Hinterbacken beobachtet. Unterliegen die Kranken nicht, und stossen sich die feuchten gangränösen Theile ab, so scheint der Substanzverlust unersetzlich. Es bilden sich jedoch bald Granulationen und die Oberfläche zieht sich schnell zusammen. Die Ulcerationen entwickeln sich am schnellsten auf dem Perineum an dem Rande des Anus und an der Rectalschleimhaut. Die Analulcerationen brauchen 3mal mehr Zeit zur Heilung als die der Vulva. Eine Anschwellung der Inguinaldrüsen hat Verf. bei dieser Affection nie beobachtet.

Die Krankheit tritt am meisten zwischen dem 2.—4. Jahre auf. Sie kommt nicht allein bei Mädchen vor, sondern Verf. hat dieselbe

auch bei einem Knaben beobachtet. In 2—3 Fällen trat dieselbe bei Masernkranken auf. (Namentlich beobachtete Verf. alle Fälle von Gangrän bei Masern.) In 16 Fällen entwickelte sich diese Affection ohne jegliches Fieber.

Verf. wendet seit 1873 das Jodoform gegen diese Affection an und ist ihm seitdem kein einziger Fall von Gangrän der Vulva mehr zur Beobachtung gekommen. In welcher Periode die Krankheit auch steht, wird, sobald diese einmal erkannt ist, mit einem Pinsel eine dicke Schicht Jodoform auf die Ulcerationen gestreut und Charpie zwischen die ergriffenen Theile eingelegt. Dieser Verband wird alle 24 Stunden erneuert, bis die Heilung eingetreten ist. Dieselbe tritt bei dieser Behandlung sehr schnell ein. Die Ulcerationen am Anus brauchen am längsten Zeit zur Heilung, weil sie mit Koth beschmutzt werden.

Kohts (Strassburg).

Neue Bücher.

d'Astros, Etude sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques Paris, Delahaye et Lecrosnier. 3 fr.

Ballet, Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau. Paris.

Brault, Contribution à l'étude des néphrites. Paris, G. Baillière et Co.

Briand, Du Délire aigu. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 3 fr.

Cloelta, Lehrbuch der Arzneimittellehre nebst Anleitung zu Arzneiverordnungen. Freiburg u. Tübingen, J. C. B. Mohr. 6 M.

Faucher, Du lavage de l'estomac, procédé opératoire, indications resultats. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 2 fr.

Lévèque, Contribution à l'étude clinique et pathogénique des complications dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Paris.

Luys, Traité clinique et pratique des maladies mentales. Avec 27 figures intercalées dans le texte et 10 planches coloriées et photo-micrographiques. cart. Delahaye et Lecrosnier. Paris. 18 fr.

Moreaux, Marche de la paralysie général chez les alcooliques. Paris.

Die Parasiten des Menschen, zweite Aufl., herausgegeben von Küchenmeister und Zürn, 3. Lfg. Nematoden, Insekten. Mit in den Text gedruckten Holzschnitten und 6 Tafeln makroskopischer und mikroskopischer Abbildungen. Leipzig, Ambr. Abel. 10 M.

Schulz, Das Eucalyptusöl. Pharmakologisch und klinisch dargestellt. Mit 1 Curventafel. Bonn, Max Cohen und Sohn. 2 M.

Vierordt, Das Gehen des Menschen in gesunden und kranken Zuständen. Nach selbstregistrirenden Methoden dargestellt. Mit 11 lithographischen Tafeln und 6 in den Text gedruckten Holzschnitten. Laupp'sche Buchh. Tübingen. 10 M.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **25. Juni.** **Nro. 15.**

208. **Dr. Cossy, La syphilis desquamative de la langue.** (Progrès médical, 12. Mars 1881.)

Verf. fasst die von Bridon in seiner Dissertation (Sur une affection innommée de la muqueuse linguale 1872) beschriebenen, und unter dem Namen „état lichénoïde de Gubles" bekannte Krankheit als ein Symptom von hereditärer Syphilis auf.

Die Beschreibung der Krankheit ist folgende:

Auf der Spitze der Zunge und auf deren Rand entsteht ein weisser runder Fleck von $^1/_2$—1 mm Durchmesser. Auf der Oberfläche dieses Fleckes ist das Epithel dicker und weisser als im normalen Zustande. Nach 24—36 Stunden zeigt sich an der Stelle dieses Fleckes ein weisser Ring, der eine rothe Fläche (das Centrum) umfasst. Das Epithel dieses Centrums ist abgefallen, und die Papillen sind dadurch blosgelegt worden. Von diesem Momente an dehnt sich die Krankheit mit einer grossen Schnelligkeit aus, entweder nach dem hintern Theil

der Zunge, oder nach ihrem Centrum zu. Die Ringe werden bald zu unregelmässigen Curven. Diese Modification in der Form der Flecken ist bedingt, theils durch die Nähe des Zungenrandes, der die Ausdehnung des Uebels anhält, theils durch die Begegnung einiger Ringe und ihrer Anastomosen.

Es ist selten, dass die ganze Zungenoberfläche einer solchen Desquamation verfällt. Die Dauer der Affection geht selten über 5—6 Tage hinaus.

An senkrechten Schnitten hat Verf. constatirt, dass an der Oberfläche dieser kranken Stellen das Epithel geschwellt und dicker ist als im normalen Zustand. Die Zellen des rete Malpighii sind vergrössert, und dasselbe ist der Sitz einer stärkeren Zellenproliferation.

In den Papillen und in den unter der Epidermis gelegenen Theilen, findet man eine grosse Anzahl von Lymphkörperchen um die Blutgefässe herum.

Vf. ist der Ansicht, dass gerade hier der erste und hauptsächlichste Sitz der Krankheit ist, und dass der oberflächliche Prozess, der einzige sichtbare während des Lebens, nur von einer untergeordneten Bedeutung und die Folge der tiefer liegenden Affection ist.

Kohts (Strassburg).

---

209. **E. Lancereaux, Des troubles vaso-moteurs et trophiques liés à l'alcoolisme et à quelques autres intoxications chroniques.** Ueber vasomotorische und trophische Störungen als Folgen des Alkoholismus und einiger anderer chronischer Intoxicationen. (L'Union médicale Nr. 63, 68 und 71.)

Die vasomotorischen und trophischen Störungen, die L. als Folgeerscheinungen des Alkoholismus beobachtet hat und deren charakteristischer Sitz die Extremitäten sind, bieten je nach Intensität und Dauer des Abusus Spirituosorum die verschiedensten Bilder dar, von der einfachen Congestion und der vorübergehenden Anämie bis zum Oedem und zur Gangrän der Gewebe. Die leichtesten Anfänge dieser Störungen kann man nach L. fast bei jedem, dem Alkoholabusus ergebenen Individuum constatiren; sie bestehen in Kälte, Blässe und Neigung zum Schwitzen an den Füssen sowie geringfügigen Ernährungsstörungen der Nägel und Haut. In andern Fällen findet man Haut-Eruptionen verschiedener Art; L. beobachtete Urticaria, und Pemphigus; fernere kleinere Hämorrhagien, Ecchymosen, Purpura. Alle diese Affectionen zeichnen sich aus durch ihren Sitz an den Extremitäten und ihr vollständig symmetrisches Auftreten beiderseits. Die schweren zu umschriebener Gangrän führenden Fälle hat L. zweimal beobachtet und beschreibt sie des näheren (worüber das Original nachzusehen). In dem einen Fall, einen 41 jähr. Metzger betreffend, kam es zur vollständigen Mumification und Abstossung der Nagelglieder der vier Finger der linken Hand, während rechterseits die Gangrän mehr oberflächlich

auf Nagel und Nagelblatt und Haut der Volarfläche des Nagelgliedes der beiden letzten Finger beschränkt blieb. Der Befund war ähnlich wie nach Ergotinvergiftung und konnte man an Letztere denken, da die Nahrung des Kranken in letzter Zeit hauptsächlich aus Roggenbrod bestanden hatte; indess war dies auch bei seinen Kameraden, die dem Trunk nicht ergeben waren, der Fall gewesen und von diesen war kein einziger erkrankt. Der zweite Fall betrifft eine Köchin, die seit 10 Jahren im Alkoholgenuss excedirt hatte. Bei ihr bildeten sich zwei fünffrancstückgrosse Brandschorfe an genau symmetrischen Punkten der Dorsalfläche der Füsse. Sie starb im Delirium; die Autopsie konnte nicht gemacht werden. Bezüglich der Pathogenese ist es nach L. ausser jedem Zweifel, dass nervöse Einflüsse im Spiele sind, wenn auch über die Natur derselben gestritten werden kann. Aus der völligen Symmetrie der afficirten Partieen geht hervor, dass der Sitz der Erkrankung nicht peripher sondern central, wahrscheinlich im Rückenmark gesucht werden muss. L. meint, dass vielleicht geringfügige Verletzungen, Einwirkung von Kälte etc. bei den durch Alkoholabusus dazu disponirten Individuen den ersten Anstoss zur Ausbildung der Gangrän geben können. Die beschriebenen Zustände bieten verschiedene Analogien mit der von Raynaud unter dem Namen der Asphyxie locale symmetrique des extrémités beschriebenen Krankheit (s. dieses Centralblatt 1880 Nr. 48. S. 757). Im zweiten Theil seiner Arbeit bespricht L. ähnliche, bei Kohlenoxydvergiftung beobachtete Erscheinungen. Er beschreibt den Fall einer bis dahin gesunden, kräftigen Köchin, die nach kurzer Einwirkung des Giftes eine halbe Stunde lang asphyktisch gewesen war, dann aber abgesehen von allgemeiner Mattigkeit und geringen gastrischen Beschwerden sich scheinbar vollständig erholt hatte. Einige Tage später entstand entzündliches Oedem der ganzen linken Unterextremität; dieselbe hatte einen um 2 cm grösseren Umfang und eine um 3° C. höhere Temperatur als die rechte; die subcutanen Venen waren stark dilatirt, an verschiedenen Stellen fanden sich Gruppen von Purpuraflecken. Die Heilung der Affection nahm lange Zeit in Anspruch; erst nach 6 Wochen konnte Pat. als gesund entlassen werden. Indess schon nach 2 Tagen trat ein Recidiv ein; ausserdem bildete sich vollständige Parese des ersten, unvollständige des 2. und 3. Astes des rechten Trigeminus mit heftigem Hirnkopfschmerz und Formication auf der rechten Seite der Stirn. Im Anschluss an diesen Fall stellt L. eine Reihe ähnlicher aus der Litteratur zusammen, und fügt noch einige aus seiner Beobachtung hinzu, in denen er nach Kohlenoxydvergiftung das Auftreten verschiedener Hauteruptionen (Herpes, Pemphigus) sowie die Bildung von Brandschorfen constatiren konnte. Doch fehlte dabei — was er als unterscheidendes Merkmal von den nach Alkoholintoxication beobachteten ähnlichen Erscheinungen angesehen wissen will — jede Symmetrie und Regelmässigkeit des Auftretens. Nur der Intensität, nicht dem Wesen nach verschieden sind die Folgen der chronischen Kohlenoxydvergiftung, wie er sie bei verschiedenen Gewerben, bei Köchinnen und Büglerinnen, die den Tag über in kleinen, schlecht ventilirten Räumen arbeiten müssen, bei Eisengiessern etc. etc. beobachtet hat; ausser den bekannten Symptomen des Kopfschmerzes, Schwindels, der allgemeinen Abgeschlagenheit und tiefen Anämie hat

er die beschriebenen trophischen und vasomotorischen Störungen wenn auch geringen Grades öfters gesehen. Die Hartnäckigkeit der Symptome erklärt er aus der festen Verbindung des Kohlenoxyds mit dem Blutkörperchen-Hämoglobin, welche die Eliminirung des Giftes aus dem Organismus sehr verzögert. Je mehr Sauerstoffbedürfniss ein Thier hat, je lebhafter es ist, je stärker es sich bewegt, um so grösser ist die schädliche Einwirkung der Zumischung von kleinen Mengen Kohlenoxyd zur Athmungsluft; daher die ungemein grosse Wichtigkeit einer genügenden Ventilation in den Schulen, den Räumen, in denen die sehr sauerstoffbedürftige heranwachsende Jugend sich mehrere Stunden des Tages aufhält.

Brockhaus (Godesberg).

210. **Dr. F. Neumann** (Karlsruhe), **Poliomyelitis anterior subacuta, complicirt mit Leptomeningitis chronica.** (Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 28, p. 589.)

Ein 37 jähr. Mann erkrankte Mitte Januar 79 mit Schwäche erst in den Beinen, dann in den Armen, welche mit Abmagerung einherging und derartig zunahm, dass P. von Mitte October ab fortwährend bettlägerig war. Daneben bestanden heftige, Nachts gesteigerte Schmerzen, besonders in den Unterschenkeln und Füssen. Die Bewegungen waren nie ataktisch oder unwillkürlich. Syphilis war auszuschliessen, Nervenkrankheiten in der Familie nicht zu Hause. Stat. praes. am 27. Dez. 1879: Atrophie sämmtlicher Extremitäten. Bewegungen mit denselben langsam und kraftlos aber sicher. Keine Sensibilitätsstörung. Alle Reflexe aufgehoben. Gang sehr mühselig und nur bei unterstütztem Rumpf möglich. — Die lähmungsartige Schwäche nimmt zu und erfasst auch den Rumpf. Die Bewegung der Arme, Hände und Beine wird fast ganz unmöglich. Die Hauptklage bilden die heftigen, besonders Nachts auftretenden Schmerzen in den Beinen, verbunden mit Paraesthesien, und zuweilen Gürtelgefühle. In den letzten 14 Tagen Katarrh mit quälendem Husten, reichlichem, zähen, rostfarbenen Sputum, dem entsprechend LH auf dem Schulterblatt eine ausgedehnte Dämpfung mit Rasseln und Bronchialathmen. Unter zunehmender Schwäche und Lungenoedem exit. letal. am 18. Jan. 1880. — Leichenbefund: Atrophie der Muskeln der Extremitäten, weniger des Stammes, bedeutende Abmagerung. Caverne im linken Oberlappen, käsige lobäre Pneumonie im unteren Ober- und oberen Unterlappen. Frische Milartuberkel auf der Pleura pulm. etc. — Reichlicher Liquor spinalis. Leptomeningen an verschiedenen Stellen getrübt, Pia auch verdickt. In den weichen Häuten viele zerstreute weissse härtliche Knötchen, am meisten in der Nähe des Abganges der vorderen Rückenmarkswurzeln, die im Vergleich zu den hinteren verdünnt sind. Mark in toto auf dem Querschnitt verkleinert. Graue Substanz besonders im Hals- und oberen Brustmark stark reducirt, in den letzteren die Vorderhörner eingesunken und kaum zu erkennen. Am dünnen Schnitt geben diese mikroskopisch

ein eigenthümlich verdünntes Bild. Die Pia besteht aus derbfaserigem Gewebe mit rundlichen Zellen und Kernen, ihre Fortsätze sind meist verdickt. Der Centralkanal und seine Umgebung ist angefüllt von runden Zellen mit mehrfachen Kernen. Die weissen Stränge sind, abgesehen von der Grenzzone der Vordersäulen normale. Die Volumsverminderung des ganzen Marks ist auf die Verschmälerung der Vorderhörner und deren Seitenpartien zu beziehen. Auffallend ist, namentlich in der Cervicalanschwellung, die unbestimmte Grenze der Vorderhörner gegen die Vorder-Seitenstränge. Die graue Substanz der Vorderhörner besteht gegen den Centralkanal hin aus viel weitmaschigerem lockeren Gewebe als am Rande. Die Nervenfasern sind spärlicher als in der Norm, „die Züge von Axencylindern, welche die Vorderhörner von den weissen Strängen abscheiden und im Innern derselben die Ganglienzellengruppen trennen und begrenzen, sind theilweise nur schwach angedeutet, fehlen auch zum Theil ganz". Die Ganglienzellen der Vorderhörner sind in allen Schnitten im Cervical- und Brustmark der Zahl nach vermindert oder der Gestalt und Grösse nach reducirt; ihre Zahl schwankt für ein Vorderhorn zwischen 5 und 15, incl. der zur Hälfte des Volums reducirten. Von den Vorderhörnern strahlen nur wenige, oft gar keine Nervenfasern zu den vorderen Wurzeln aus. Zwischen den Ganglienzellen zahlreiche, vertikal gestellte, glänzend punktirte Kerne, die durch ihre lebhafte Tinktion den Vordersäulen eine stärkere Färbung geben. — N. ist der Ansicht, dass die Stützsubstanz das Ersterkrankte sei, „dass eine formative Reizung bestand, als deren Residuum Atrophie und ungleiche Verdichtungen im Gebiete der feinsten Maschen und Stützfasern zu betrachten sind —; mit anderen Worten: umschriebene, auf das erweiterte Gebiet der Vorderhörner beschränkte Sclerosen mit mehr oder weniger verbreiteter Atrophie". — In einem untersuchten Ischiadicus fand sich in kleinen umschriebenen Herden das Perineurium verdickt. Aus dem Quadriceps femoris entnommene Muskelpräparate zeigten, dass die Muskelfasern durch ein lockeres, weitmaschiges, kerndurchsetztes Sarkolemm getrennt, die Primitivbündel meist fettig degenerirt waren. Die Dicke der einzelnen Fasern wechselte, in den Gebieten grössten Zerfalls war das anliegende Sarkolemm vielfach gewuchert.

Die Diagnose bot keine erheblichen Schwierigkeiten. Die gleichmässige symmetrische Lähmung und Atrophie der Extremitäten-Muskeln, die aufgehobenen Reflexe, das Fehlen von Ataxie, die vollständig erhaltene Sensibilität, der gänzliche Mangel von Symptomen einer bulbären oder centralen Affection, von Kontrakturen, von Störungen im Gebiete der Sphinkteren, endlich von Decubitus, alles dieses liess jede andere Affektion (sclerotische Prozesse in den Leitungsbahnen zum Gehirn, Affektion der Hinter- und Seitenstränge, progressive Muskelatrophie, Bulbaerparalyse etc.) ausschliessen und wies auf eine Poliomyelitis anter. subacuta hin, während die ungewöhnlichen Schmerzen und Parästhesien zur Annahme einer Betheiligung der Rückenmarkshäute drängten. Die Knötchen auf den Rückenmarkshäuten deutet N. nicht als Tuberkel sondern als Psammome (Leyden).

Der Fall ist desshalb von besonderem Interesse, weil er nach kaum halbjähriger Dauer zur Sektion kam, so dass die Verhältnisse

der Erkrankung „auf halbem Wege zwischen Beginn und völligem Ablaufe des Leidens zu fixiren“ waren. Er bestätigt die oft konstatirte Degeneration der grauen Vordersäulen als anatomische Formel für die acute und subacute spinale Lähmung mit Muskeldegeneration, und es ist dem Verf. befremdend, wie Eisenlohr bei Gelegenheit eines ähnlichen Falles mit negativem Befund von der „äussersten Rarität sicherer, positiver Rückenmarksbefunde“ sprechen konnte.

Stintzing (München).

---

211. **Dr. F. Neumann** (Karlsruhe), **Myelitis cribrosa der Medulla und des Rückenmarks durch Compression der Medulla bedingt.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 28, p. 579.)

Eine 42 jährige Frau, früher luetisch, erkrankt an ihrem jetzigen Leiden im Herbst 1877. Es entwickelt sich eine linksseitige Hemiplegie. Am 1. Januar 1878 bekommt sie einen apoplektiformen Anfall, im August 1878 Schwindelanfälle, Zittern in den Extremitäten, Brustbeklemmung. In den letzten 2 Jahren war der Gang unsicher und nicht ohne Stütze möglich. Seit 4 Wochen bestehen heftige Athembeklemmung, tonlose Stimme, laut pfeifendes Athmen, Schlingbeschwerden. Der Stat. praes. des P., welche einen sehr dementen Eindruck macht, weist am 14. August Folgendes auf: Parese der rechten Gesichtshälfte, rechtes Bein magerer als das linke, letzteres aber schwächer. Hochgradige Athemhemmung, Kehlkopf und Trachea bieten kein Athemhinderniss. Rechtsseitiger Accessorius-Krampf, rechtsseitige Lähmung der Inspirationsmuskeln sowie des Zwerchfells. Schlingbeschwerden. Puls klein, regelmässig, beschleunigt. — Die Athemnoth steigerte sich in den letzten 2 Tagen bis zum höchsten Grad. Am letzten Tage aussetzender Athem, Lungenoedem, exitus letalis (am 18. Aug.).

Sektionsbefund: Mässiger Hydrops ventriculorum. Unter und über dem Foramen magnum neben der rechten Hälfte der Medulla ein Tumor von der Grösse und Gestalt einer kleinen Aprikose und von der Konsistenz eines harten Fibroms. Mikroskopisch erweist er sich als epitheliomartige Geschwulst mit sehr derbem Stützgewebe. Die Pyramidenstränge rechts sind theilweise verschmächtigt und verdrängt, die Nervenwurzeln des 12., 11. und 10. Paares rarefizirt. Ein Zug von Accessoriusfasern ist durch Einschnürung zu Grunde gegangen. Die Kompression erfolgte durch den Druck des harten Tumors auf das weiche Corpus restiforme, welches verzerrt und seitwärts verschoben wurde. Vagusfasern sind ebenfalls untergegangen oder nur schwach angedeutet. Am Boden des 4. Ventrikels ist der Hypoglossuskern etwas in die Länge gezogen, und verschmälert, Andeutungen finden sich vom Accessoriuskern, zersprengte kleine Ganglienzellen erinnern an den Vaguskern, das sog. Respirationsbündel fehlt rechts. Mikroskopisch: „Allen Theilen gleichmässig — vom oberen Ende des Pons ab bis zum Austritt des 2. Cervicalnerven unterhalb der Pyramidenkreuzung und zwar in der komprimirten und nicht komprimirten Seite —

eigen ist schon bei mässiger 30—70-facher Vergrösserung ein reichlich siebförmig durchlöchertes Ansehen der Schnitte und zwar so, dass sowohl die Längs- als Querfaserzüge der Nerven mit und ohne Markscheide fein durchlöchert erscheinen". Die Ganglienlager sind fast durchgehends frei von der siebförmigen Durchlöcherung. Die hellen Lücken befinden sich zwischen Zacken schräg aufsteigender nackter Axencylinder und Querschnitten von markhaltigen und marklosen Nervenfasern, welche von Zügen feinster und verdickter, vielfach variköser Nervenfasern umgeben werden. Sie kommen auch in Längsfaserzügen vor, enthalten hier wie dort feinste Faserreste und bilden offenbar die Reste rareficirten Neurogliagewebes. Das Neurogliagewebe, theilweise erhalten, dient den Nervenfasern zur Stütze, theilweise sind jedoch die letzteren in der feinfilzigen Neurogliawucherung untergegangen. Zerstreut im Gewebe finden sich ferner verdickte Nervenfasern und gefärbte, zahlreiche Kerne. Die „Lückenbildung im ganzen mehr oder weniger entarteten Gewebe der Med. oblong. und ihrer Fortsetzungen nach oben und unten beherrscht so sehr den Gesammteindruck des Bildes, dass Verf. „für diese Form von Myelitis die Bezeichnung der lacunären oder cribrösen Myelitis vom anatomischen Standpunkt aus für die entsprechendste" hält. Allen Lücken im komprimirten Gewebe gemeinsam sind die Begrenzung und Ausfüllung derselben durch verdickte, gequollene und variköse Nervenfasern. Durch Druck gehen Faserbündel zu Grunde, und dieser Ausfall von Gewebselementen mag als Reiz auf die Neuroglia gewirkt haben, so dass vielfach eine Art sklerotischer Verdickung sich um die Lücken bildete. Das Vorkommen der Lücken in beiden Hälften der Medulla erklärt sich aus dem wenngleich einseitigen Druck auf das weiche Gewebe der Medulla, zum Theil aus dem durch die Raphe fortgesetzten krankhaften Reiz. Die Lücken sind im Pons bis zum oberen Ende des Calamus scriptorius zu verfolgen; die Ursprünge des Facialis, Acusticus und Abducens, sowie die aufsteigenden Pyramidenfasern sind nur soweit durchlöchert, dass noch sehr reichliche Nervenfasern übrig bleiben. Im obersten Theile des Pons finden sich auch reichliche, aber grössere Lücken. Der oberste Theil des Rückenmarks ist, soweit N. denselben erhalten konnte, der oblongata entsprechend. Auch hier ist die graue Substanz frei von Lücken, während die weissen Stränge durchlöchert sind. N. konstatirt sekundäre absteigende Veränderung der Hinterstränge mit denselben multilakunären Räumen. Das rechte Vorderhorn ist schmaler als das linke.

N. hatte die frühere Hemiplegie und die später entwickelten Symptome für unabhängig von einander gehalten. Alle Momente: Schwäche im rechten Facialis, Krämpfe im Accessoriusgebiet, Veränderungen der Stimme, Lähmung der rechten Inspirationsmuskeln und des rechten Phrenicus, konstante Pulsbeschleunigung ohne Fieber, die Dyspnoe ohne Lungen-, Herz- oder andere Affektionen, sowie die Schlingbeschwerden im Gebiet der Rachenkonstriktoren hatten N. vor dem Tode auf eine umschriebene Erkrankung in oder an der rechten Hälfte der Med. oblong. hingewiesen. Das Letztere bestätigte die Sektion, aber auch die linksseitige Parese unterhalb der Pyramidenkreuzung liess sich nach dem anatomischen Befund auf den Ausfall zahlreicher

Leitungsbahnen zurückführen. Für den apoplektischen Anfall fand sich im Gehirn kein Anhaltspunkt, derselbe ist daher auch der Druckwirkung des vielleicht ungleich rasch wachsenden Tumors zuzuschreiben. Die rechtsseitige Phrenicuslähmung ist vielleicht auf die Degeneration des Respirationsbündels zurückzuführen, mit dessen Fasern doch wohl der Phrenicus zusammenhängt. „Nachdem fast 3 Jahre die wesentlichsten Erscheinungen sich auf die verbreitete Störung im Verlauf der leitenden Fasern von den Hinterschenkeln ab durch das Rückenmark beschränkt hatten, . . . scheinen die Vagusveränderungen erst in den letzten Monaten sich zu ihrer tödtlichen Bedeutung ausgebildet zu haben“.

Stintzing (München).

---

212. **P. Guttmann** und **H. Smidt, Ueber Vorkommen und Bedeutung der Lungenalveolarepithelien in den Sputis.** (Zeitschr. für klin. Med. III. 1. 1881.)

Um die einzelnen Zellformen in den Sputis deutlicher in Erscheinung treten zu lassen, bedienten sich Verf. der Färbung der Sputa (die von nahezu 200 Kranken der verschiedensten Krankheitskategorien stammten) mit Methylanilin (1 : 1000 Wasser) und des Methylenblau (1 : 1000 Wasser).

Die Alveolarepithelien kommen in sphärisch gestalteten Formen in den Sputis vor und haben den 2—4 fachen Durchmesser der farblosen Blutkörperchen.

Auch bei ganz gesunden Individuen findet zeitweise eine Desquamation von Alveolarepithelien statt und zwar findet man sie namentlich in den des Morgens entleerten Sputis. Die Myelindegeneration der Alveolarepithelien ist keineswegs charakteristisch für irgend eine Form der Lungenerkrankung (Buhl's Desquamativ-Pneumonie). Man findet sie ebenso gut bei der croupösen Pneumonie, wie bei der Phthise wie bei jeder nicht endzündlichen Parenchymerkrankung hin und wieder auch bei gesunden Individuen über 30 Jahren.

Da bei jüngeren Individuen (unter 30 Jahren) eine Desquamation von Alveolarepithelien weder im gesunden Zustande noch bei Catarrh der Bronchien stattfindet, sondern nur bei Erkrankungen des Lungenparenchyms, so kann man bei Ausschluss aller übrigen Erkrankungen (Oedem — Hypostase — Pneumonie etc.) auf Grund solcher Sputa die Alveolarepithelien enthalten, den Sitz der Erkrankung ins Lungenparenchym verlegen, wenn auch die physikalische Untersuchung noch keinerlei Anhaltspunkte gibt.

Seifert (Würzburg).

---

213. **Panizza** (München), **Ueber Myelin, Pigment und Epithelien im Sputum.** (Deutsches Archiv f. klinische Medic. XXVIII, 4. 5. 1881.)

Die Meinungen über den Werth des schon lange mit der Phthise in Zusammenhang gebrachten Bestandtheiles des Sputums, das Pigment, sind noch in jüngster Zeit getheilt. Verf. macht sich zur Aufgabe, über diesen und zwei andere Bestandtheile des Sputums über Myelin und Epithelien genaue Untersuchungen anzustellen. Auch gesunde Menschen husten des Morgens eine gewisse Menge Secret aus, dass je nach dem Aufenthalt in staubfreier oder staubhaltiger Luft aufsteigende Farbennüancen vom hellsten Grau bis zum vollständigen Schwarz zeigt. Mikroskopisch enthalten diese Sputa pigmentirte Zellen und Myelin quantitativ verschieden im Verhältniss zur Menge des eingeathmeten Staubes.

Von den nur bei brauner Induration und echter Melanose vorkommenden echten Pigmentzellen (d. h. mit aus dem Blutfarbstoff stammenden Pigment gefüllten Zellen) sind zu unterscheiden die unechten Pigmentzellen, deren Gehalt an gefärbten Bestandtheilen auf das Eindringen von Staub aus der eingeathmeten Luft zurückzuführen ist.

Neben diesen Zellen findet man pigmentfreie Zellen, welche grosse runde Kugeln, gefüllt mit verschieden kleinen, hellen, glänzenden Tröpfchen darstellen „myelin degenerirte Zellen“ (Buhl). Nach den Untersuchungen von P. unterscheiden sich „Pigment nnd Myelinzellen“ nur durch den Pigmentgehalt, so dass man auch die Bezeichnung pigmentfreie und pigmenthaltige Myelinzellen nehmen könnte. Myelin findet sich im Sputum auch frei in Form von hyalinen blassen Tropfen mit hellem Centrum oder als längliche faden-, spindel- und keulenförmiger Gebilde, die ihrem Verhalten den Säuren und Wasser gegenüber sich als identisch mit Mucin erweisen. In den Sputis von 500 (zum Theil gesunden) Individuen fanden sich in 54 % pigmenthaltige oder freie Myelinzellen und freies Myelin.

Aus diesen Untersuchungen wird der Schluss gezogen, dass das Auftreten von pigmentirten Zellen und Myelin ein dem normalen Respirationssecret aller Menschen zukommender Befund ist und keinen diagnostischen Werth für den Kliniker besitzt.

Um die Frage, wo und unter welchen Bedingungen Myelin und Pigmentzellen und freies Myelin entstehen, welcher normale Stoff in Lunge oder Respirationsschleimhaut es ist, der Myelinformen annimmt, wurden erst Experimente an einer Reihe von Hunden angestellt über Eindringen von Russ in die Lungen. (Die Thiere wurden genöthigt in einem mit Russ erfüllten Kasten stundenlang zu respiriren und dann getödtet). Da die Untersuchung an der Schleimhaut zu keinem Resultat führte, wurden Beobachtungen an der Respirationsschleimhaut des lebenden Frosches gemacht, aus denen hervorgeht, dass Myelinzellen und freies Myelin das normale Produkt der auf der flimmerepitheltragenden Respirationsschleimhaut aller Säugethiere und Amphibien sich findenden Becherzellen sind.

Aus den Vorgängen auf der bestaubten Froschschleimhaut zieht Verf. den weiteren Schluss, dass die pigmenthaltigen Myelinzellen im Sputum von den die Becher verlassenden Myelingebilden abstammen und sich durch amöboide Fremdkörperaufnahme zu Körperzellen umwandeln und dass ferner die pigmentfreien Myelinzellen im Sputum (myelindegenerirte) und pigmenthaltigen (Pigment- oder Körnerzellen) sowohl ihrer Genese (aus den Becherzellen) nach als auch ihres Hauptinhaltes nach (Mucin in Myelinform) identisch sind und sich nur durch den Gehalt an Fremdkörpern unterscheiden. Es kommt also eine diagnostisch-klinische Bedeutung weder den pigmentfreien noch pigmenthaltigen Myelinzellen im Sputum zu.

Was das Vorkommen des Alveolarepithels im Sputum anlangt, und die darauf sich stützende Diagnose der Lungenphthise im frühesten Stadium, so kommt Verf. im Einklang mit Fischl und Heitler zu der Anschauung, dass die Angaben Buhls (Desquamativ-Pneumonie) haltlos seien, da man die für die genuine Desquamativ-Pneumonie im Sputum beschriebenen Zellformen auch bei allen andern mit Auswurf einhergehenden Affectionen fand.

Schliesslich ist noch eines normalen Befundes beim gesunden Menschen zu erwähnen, dass Micrococcen in verschiedener Grösse und oft in Sarcinestellung die Epithelien der Mundhöhle durchsetzen.

Seifert (Würzburg).

---

214. **Gerhardt, Ueber Durchbruch eines Empyems in die Lunge, zischendes Geräusch beim Husten, vorübergehende Erscheinungen von Pneumothoraxheilung.** (Verhandlungen d. physik.-medic. Gesellschaft in Würzburg 1881.)

Bei einem 31 jährigen Mann entwickelte sich nach einer Pneumonie ein rechtsseitiges eitriges Pleuraexsudat, dessen Punktion für nöthig gehalten wurde. In der Nacht vor dem bestimmten Punktionstermin wurde durch einen heftigen Hustenanfall eine grosse Menge eitrigen Sputums entleert, dabei Sinken der Temperatur (auf 36,4), Abnahme der Exsudatgrenze um Daumenbreite.

Etwa 7 Tage nach diesem Hustenanfall (inzwischen Fortdauer der reichlichen Expectoration) hörte man in der Höhe des 6.—8. Brustwirbels nahe dem inneren Rande der Scapula „ein, die Mitte der Exspirationsbewegung einnehmendes sehr hohes feinblasiges Rasselgeräusch, das für jeden Beobachter grösste Aehnlichkeit mit dem Zischen eines Aetherzerstäubers darbot“. Nach 10-tägiger Dauer (es war bei jeder Hustenbewegung hörbar) verschwand dieses „Spraygeräusch“.

Einige Zeit lang waren Symptome von Pneumothorax (Metallklang, metallklingendes Exspirationsgeräusch, Succussionsgeräusch) aufgetreten.

Nach etwa 6 wöchentlicher Krankheitsdauer völlige Heilung.

Aus diesem Falle und 4 weiteren ähnlichen Fällen, die von Gerhardt auf der hiesigen Klinik beobachtet wurden, darf man viel-

leicht die Regel entnehmen, bei Empyem nach Pneumonie in Erwartung solch günstigen Ausganges zu operativem Eingriffe möglichst spät erst sich zu entschliessen, da mit der Uebertragung der Entzündung von der Lunge auf die Pleura der erleichterte Durchbruch in die Luftwege in engem Zusammenhang stehen dürfte.

Seifert (Würzburg).

---

215. **Carlo Raimondi, Empiema operato singolare per gravi complicazioni e successioni morbose.** Empyem-Operation, bemerkenswerth durch schwere Complicationen und Folgekrankheiten. (Annali universali de Medicina e chirurgia 1881. Heft 4.

Bei einem 16 jr. j. Mann von schwächlicher Constitution hatte sich ein linksseitiges Empyem gebildet, das hinten bis zur Spina scapulae reichte, vorne besonders die untern Thoraxpartieen stark vorwölbte. Zugleich bestand continuirliches von öfteren Schüttelfrösten begleitetes (pyämisches) Fieber und heftiger Durchfall, nach R. Folge einer secundären, ulcerirenden, folliculären Enteritis. Am 1. Mai 1880 wurde durch die Punction c. 4 Liter eines dicken grünlichen Eiters entleert, und die Höhle anfangs mit 2% Carbollösung, später mit 5—7% Salzlösung ausgespült. Unmittelbar nach der Operation entstand quälender Husten mit wenig serös-schleimigem Auswurf, der nach einigen Stunden spontan nachliess. Dann zwei Tage vollkommenes Wohlbefinden, am dritten Panophthalmitis des linken Auges, die mit vollständigem Verlust des Sehvermögens endigte. Bulbus verkleinert, Consistenz verringert, Pupille durch hintere Synechien verzerrt, ihre Oeffnung durch gelbliches Exsudat verschlossen. Hierauf wieder kürzere Zeit hindurch gutes Allgemeinbefinden. Am 6. Juni erneuter Anfall von Fieber und Durchfällen, Bildung zweier grosser subcutaner Abscesse auf und unterhalb des rechten Schulterblattes, starker Decubitus. Die Medication bestand in der Darreichung von Chinin, roborirende Diät und der Application von Klystieren mit Amylum, Tannin und Opium. Da die Eiterung aus der Thoraxfistel sehr gering geworden war, wurde Anfangs Juli der Versuch gemacht, die Drainröhre zu entfernen, doch musste dieselbe, da sich Fieber einstellte, noch für kurze Zeit wieder eingelegt werden, worauf dann völliger Verschluss der Fistel erfolgte. Am 7. September wurde Pat. als geheilt entlassen. Das Sehvermögen des linken Auges blieb erloschen; die linke Thoraxhälfte zeigte mässige Deformitäten und verringerte Beweglichkeit bei der Athmung.

Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. ausführlich die verschiedenen Behandlungs- resp. Operationsmethoden des Empyems, die ihnen anhaftenden Gefahren etc.; bezüglich der Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden. Betreffs der Ausspülung des Pleurasackes mit 5—7% Kochsalzlösung glaubt er, dass an Stelle dieser verdünnten Lösung nach dem Vorgang von Houzé in Lille eine concentrirte (1 ClNa auf 3 H_2O) angewendet werden könne. Da Letztere specifisch schwerer als Eiter sei, werde derselbe durch sie

leichter aus den tiefsten Partieen des Pleurasackes ausgespült. Ob indess eine so concentrirte Salzlösung nicht zu stark reizende Eigenschaften besitze, müssten weitere Versuche ergeben. Die linksseitige Panophthalmitis glaubt er auf metastatischem Wege durch Eiterresorption entstanden.

Brockhaus (Godesberg).

---

216. **Féréol, Atrophie cardiaque consécutive à une endo-péricardite ancienne et ayant porté principalement sur le ventricule droit.** Atrophie des Herzens, besonders des rechten Ventrikels, in Folge von alter Endo-Pericarditis. (L'Union Médicale 1881. Nr. 69.)

Der Fall betrifft ein 24 jähr. Mädchen, welches von ihrem 10. Lebensjahre an — bis zu diesem Zeitpunkte fehlt die Anamnese vollständig — gesund gewesen war; nur während des Winters wurden zuweilen leichte Anschwellung und cyanotische Verfärbung der Hände und des Gesichts beobachtet. Im 23. Lebensjahre die ersten Klagen über Herzklopfen und erschwertes Athmen. Dann entwickelte sich allmählich Anasarka und Ascites. Bei der Aufnahme ins Hospital — 1 Monat vor dem Tode — ergab die Untersuchung: Starker Ascites und Anasarka, Puls klein und unregelmässig; Herzdämpfung verbreitert, Spitzenstoss kaum fühlbar, Herztöne dumpf und schwach, keine abnormen Geräusche, zuweilen Verdopplung des ersten Tones. Im Urin kein Eiweiss. Unter dem Gebrauch von Digitalis und Milchdiät besserte sich der Zustand etwas; nach Verlauf einiger Tage konnte man ein leichtes hauchendes Geräusch, am besten in der Mitte der Herzgegend hörbar, constatiren. Die Besserung schritt noch einige Zeit fort, dann trat plötzlich, ohne erkennbare Ursache, unter heftiger Dyspnoe, Fieber und Erbrechen der Tod ein. Die Autopsie ergab: das 290 gr schwere und mit einer mehrere Millimeter dicken pericarditischen Schwarte umgebene Herz schwimmt in einer etwas öligen transparenten Flüssigkeit. Keine Adhärenzen zwischen den Blättern des Pericards. Der rechte Ventrikel beginnt 3 cm von der Herzspitze und erscheint als ein kleiner Appendix des linken. Rechter Vorhof und Herzohr stark dilatirt, ihre Wandungen verdickt. Der Hohlraum des rechten Ventrikels nahezu verschwunden; die Tricuspidalöffnung stark dilatirt; die verkürzten Klappensegel sind durch die geschrumpften Sehnenfäden und atrophischen Papillenmuskeln fest an die Wand des Ventrikels angezogen. Das Endocard stark verdickt, glänzend, an verschiedenen Stellen atheromatös entartet und ossificirt, besonders stark um die Einmündungsstelle der Pulmonalis, deren Klappen indess gesund und schlussfähig sind. Das Muskelgewebe zwischen den verdickten Platten des Endo- und Pericards nahezu verschwunden. In der Wandung des rechten Vorhofs und noch mehr des Herzohres ungemein stark entwickelte Muskelbündel. Der Hohlraum des linken Ventrikels ebenfalls verkleinert, die Papillarmuskeln verdickt. Mitralis und Aortenklappen normal, ebenso Aorta und grosse Gefässe. Leber klein, atrophisch, auf dem Durchschnitt

genau das Bild der cirrhotischen Säuferleber darbietend. In den übrigen Organen nichts Bemerkenswerthes.

In der Epikrise führt Verf. aus, dass der rechte Vorhof ganz die Functionen des rechten Ventrikels übernommen hatte; die Anordnung gleiche in etwa der des Herzens der Batrachier (2 Vorhöfe, 1 Kammer), nur dass sich nicht, wie dort in dem einfachen Ventrikel beide Blutarten mischen. Aus der vollständigen Unbeweglichkeit der Tricuspidalis bei normalem Verhalten der übrigen Klappen erklärt sich das Fehlen der abnormen Geräusche und des Venenpulses. Ob im vorliegenden Falle ein congenitaler Krankheitsprozess anzunehmen ist, wagt Verf. nicht zu entscheiden; er glaubt, dass der endo-pericarditische Prozess jedenfalls schon eine Reihe von Jahren bestanden hat, trotzdem, abgesehen von der erwähnten während des Winters öfters eintretenden Anschwellung und cyanotischen Verfärbung der Hände und des Gesichts, prägnante Symptome fehlten.

Brockhaus (Godesberg).

---

217. **E. Ingerslev** (Kopenhagen), **Beitrag zur Albuminurie während der Schwangerschaft, der Geburt und der Eklampsie.** (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. B. VI. Heft 2.)

Verf. kommt in seiner Arbeit zu den Schlüssen: „dass das Auftreten der Albuminurie und ihre Abhängigkeit von verschiedenen Leiden des Nervensystems auf vielen pathologischen Gebieten constatirt ist, und dass Manches für ihre Deutung als ein accidentelles, von pathologischen Zuständen im Centralnervensystem abhängiges und mit diesen aufhörendes Phänomen spricht", und ferner „dass Nichts berechtigt, die Albuminurie bei Eklampsie mit der Albuminurie, welche oft während der Geburt, bedingt durch die Geburtsarbeit, erscheint, zu parallelisiren, dass erstere aber im Ganzen als Ausdruck einer besonders acuten Nephritis hervortritt, und dass gewisse Observationen bestimmt darauf deuten, dass Albuminurie und Nierenaffection bei Eklampsie ein dieser coordinirtes Phänomen möglicherweise durch ein und dasselbe Causalmoment, eine vasomotorische Reflexneurose, hervorgerufen sein können".

Kocks.

---

218. **Dr. Dochmann, Ueber die Behandlung der Albuminurie mit Fuxin.** (Vorläufige Mittheil. aus der Klinik von Prof. Winogradoff. Wratsch 1881. Nr. 11.)

1. Fuxin vermindert den Eiweissgehalt im Harn in vielen Fällen der Albuminurie.

2. In einigen Fällen ist eine solche Verminderung des Eiweisses im Harn täuschend und ist die Möglichkeit eines Ueberganges desselben in Peptone zu erwägen, was durch verschärfte Säurereaction und durch

vermehrten Peptongehalt im Harn, der 24 Stunden gestanden hat, wahrscheinlich erscheint.

3. Die Möglickeit einer derartigen Täuschung muss man stets berücksichtigen, wenn nach Fuxingebrauch der entleerte Harn nicht ganz frisch untersucht wird.

4. Die nach Fuxingebrauch aufgetretene Verfärbung des Harns kann als Maassstab der Wirkung des Fuxins auf Albuminurie nicht dienen, da sie von verschiedenen Gründen abhängig ist; man beobachtet bisweilen die eingetretene Verminderung des Eiweisses im ungefärbten Harn und umgekehrt.

5. Die therapeutischen Dosen des Fuxins (Rp. Fuxini ab arsenico depurati dgr. I, sacch. albi dgr. v. M. f. p. — D. S. 2—4 Pulver täglich) üben auch bei langem Gebrauch auf den Organismus keinen schädlichen Einfluss.

6. Fuxin muss als ein nützliches symptomatisches Mittel in der Behandlung der Brightschen Krankheit angesehen werden.

Verf. verspricht die ausführliche Beschreibung seiner Beobachtungen über die Wirkung des Fuxins bald zu veröffentlichen.

Krusenstern (Petersburg).

---

219. **Leuder** (Kissingen), **Zur Kaltwasserbehandlung des Typhus bei Kindern** (Veröffentlichungen der Gesellsch. f. Heilk. in Berlin. Oeffentliche Versammlung der pädiatrischen Section am 5. und 6, April 1880.)

Ein 13jähriger Knabe erkrankte am Thyphus; die Temperaturen waren in der ersten Woche am höchsten, fielen dann in der zweiten, Ende der dritten Woche erreichten sie den niedrigsten Grad und zeigten dann wieder ein staffelförmiges Aufsteigen; Fieber bestand während 58 Tagen; der behandelnde Arzt liess 2 stündige Messungen vornehmen und verordnete, sobald die Temperatur 39° betrug, ein Bad von 16° C. und zwar Tag und Nacht; als dann nach 4 Wochen die Temperatur nicht nachliess, die Milzanschwellung nicht zurückging, wurde Leuder zugezogen, welcher erst bei 39,5 baden liess und ausserdem noch Chinin und Salicylsäure verordnete. Als dann schliesslich unter dem Gebrauch der Bäder eine rheumatische Complikation, eine diffuse Bronchitis eintrat, wurden die Bäder ausgesetzt und der Typhus ging schnell zu Ende. Verfasser glaubt, dass die zu enragirte Abkühlungsmethode den Typhus in die Länge gezogen habe, dass das lange Bestehen der Milzanschwellung und die Complikation an der Bronchitis einzig und allein der langen Anwendung der kalten Bäder zuzuschreiben sei und räth deshalb, nicht so rasch von dem alten Bewährten abzugehen.

Kohts (Strassburg).

---

220. **O. Brun,** (Luzern), **Ueber die Verwendbarkeit des Podophyllins und Podophyllotoxins in der Kinderheilkunde.** (Arch. für Kinderheilkunde 1881. Zweiter Band 6. u. 7. Heft.)

Trotz des hohen Ansehens, in welchem das Podophyllin schon lange in England und Frankreich steht, wurde dasselbe in Deutschland wenig beachtet. Es ist ein Präparat aus Rhizom, von Podophyllum peltatum, einer in Nordamerika wildwachsenden Berberidee; die Wurzel wird gepulvert, mit Alkohol ausgezogen, das Ganze zur Syrupdicke eingedampft, sodann mit der 3—10 fachen Menge Wasser versetzt und 24 Stunden stehen gelassen; es setzt sich dann das Podophyllin als harziger Körper ab, und stellt dann, in Wasser ausgewaschen und dann getrocknet, eine braune harzähnliche Masse dar; in Amerika und England ist dasselbe längst als vorzügliches Mittel gegen Leberleiden bekannt, in Frankreich wurde es seit Trousseau gegen chronische Stuhlverstopfung und Hämorrhoiden angewandt; in Italien gegen Cholelithiasis; in Deutschland hat das Mittel noch keine rechte Verbreitung gefunden. Die Dosis beträgt als Abführmittel für Erwachsene bis zu 0,08 grm.

Ueber die Anwendung des Podophyllin speciell bei Kindern ist wenig bekannt; Verfasser hat 30 Kinder, von denen er die Krankengeschichten kurz mittheilt, damit behandelt. Er verordnete:

Podophyllini 0,2
Solve in spirit. vini rectific. 1,0
syr. Rubi Idaei 40,0

DS. $^1/_2$—1 Kaffeelöffel zu nehmen.

Aus den gewonnenen Resultaten macht er folgende Schlussfolgerungen.

1. In der Dosis von 1—3 cgr ruft das Podophyllin bei Kindern bis zu 13 Jahren nach 4—9, oft erst nach 13—21 Stunden, 1—3 flüssige oder breiige Stühle hervor, nachdem oft vorher feste Entleerungen vorausgegangen.

2. An den folgenden 2—4 Tagen sind die Stühle breiig oder geformt weich.

3. Die Dosis ist für Kinder unter 1 Jahr $^1/_2$—1 cgr, für Kinder von 1—4 Jahren 1 cgr, für grössere 2 cgr.

4. Schädliche Nebenwirkungen traten bei diesen Dosen nicht auf oder dieselben sind gering.

5. Grössere Dosen (5—10 cgr) bewirken starke Uebelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen und grosse Mattigkeit.

6. Als vorzügliches Mittel erweist sich das Podophyllin bei chronischer Verstopfung.

7. Bei Icterus ist ebenfalls die Wirkung eine gute.

8. Gegen Taenia und Oxiuris hat sich das Mittel nicht bewährt.

II. Podophyllotoxin.

Es wird auf folgende Weise dargestellt:

Der Chloroformextract der Wurzel von podoph. peltatum oder des Podophyllins wird eingedampft, der Rückstand dann mit Petroleumäther ausgelaugt, das zurückbleibende Pulver wieder in Chloroform gelöst, die Lösung 1—2 Tage in der Kälte stehen gelassen, der sich

ausscheidende gelbliche Stoff abfiltrirt, das Filtrat eingedickt und mit dem 100 fachen Volumen Petroleumäther vermischt. Das Podophyllotoxin scheidet sich nun als feines weisses Pulver ab und wird bei 30—40 ° C. getrocknet; es ist in Wasser nicht löslich, aber löslich in Chloroform, Aether und Alkohol.

Verf. wandte es bei 29 Kindern an und fand, dass dasselbe in entsprechender Dosis dem Podophyllin ganz ähnlich wirkt, nur ist die Dosis des Podophyllotoxins eine viel kleinere, sie beträgt für Kinder unter 1 Jahr 1—2 mgr, für Kinder bis zu 4 Jahren 2—4 mgr, für grössere 6—8 mgr. Verfasser verordnete:

Podophyllotoxini 0,05
spirit. vini rectific. gtt. 100.

DS. 2—10 Tropfen in einem Löffel Syrup oder Zuckerwasser zu nehmen.

Nach den gewonnenen Resultaten glaubt Verfasser beide Mittel für die Kinderpraxis empfehlen zu können.

1. Als Laxantia in allen Fällen, wo es nicht darauf ankommt, in kürzester Zeit flüssige Stühle hervorzurufen.

2. Als vorzügliches Mittel zur Behandlung der bei Kindern so häufigen Stuhlverstopfung oder Neigung zu hartem Stuhl.

3. Versuchsweise bei Icterus catarrhalis.

Kohts (Strassburg).

Neue Bücher.

Aret, Klinische Darstellung der Krankheiten des Auges, zunächst der Binde-, Horn- und Lederhaut, dann der Iris und des Ciliarkörpers. Mit 1 xylographirten Tafel. Wien, Braumüller. 6 M.

Gehle, Ueber die primäre Tuberculose der weiblichen Genitalien. Heidelberg. C. Winter'sche Univers.-Buchh. 1 M.

Goldscheider, Die Lehre von der specifischen Energie der Sinnesnerven. Berlin, Hirschwald. 1 M.

Hueter, Grundriss der Chirurgie II. Hälfte, specieller Theil. Erste Liefer. Die chirurgischen Krankheiten des Kopfes. Mit 108 Abbildungen. Leipz. F. C. W. Vogel. 5 M.

Kühne und Steiner, Ueber elektr. Vorgänge im Sehorgane. Mit 13 Holzschnitten und 2 Tafeln. Heidelberg, C. Winter's Univers.-Buchhdlg. 5 M. 40 Pf.

Leiter, Neuer Wärmeregulator und Irrigations-Apparat. Wien, Braumüller. 1 M. 20 Pf.

Reich, Arbeit und Lebensnoth aus dem Gesichtspunkte der Gesundheitspflege und des Humanismus betrachtet. Berlin, Hempel, 8 M.

Wölfler, Billroth's Resektionen des carcinomatösen Pylorus. Wien, Braumüller. 4 M.

Ziehl, Ueber die Bildung von Darmfisteln an der vorderen Bauchwand. Heidelberg, C. Winter's Univers.-Buchh. 1 M. 80 Pf.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. 9. Juli. Nro. 16.

221. **Dr. L. Warschauer** (Krakau), **Eine Scarlatina-Hausepidemie, Beobachtungen über die Wirkung des Pilocarpinum bei Diphtherie.** (Archiv für Kinderheilkunde 1881, II. Band, 6. u. 7. Heft.)

Verfasser hat das Pilocarpin in 2 Fällen von Diphtherie, von denen der eine mit Scharlach complicirt war, und in einem Falle von Tonsillitis follicularis nach der Guttmannschen Vorschrift angewandt.

Pilocarpini muriatic. 0,02—0,03
Pepsini 0,6
Acid. muriatic. gtt. III
aq. destillat. 80,0
syr. cortic. Aurant. 10,0

DS. stündlich zwei Kaffeelöffel zu nehmen.

Die Fälle genasen, obgleich die Erkrankungen sehr schwer waren. Die Erscheinungen, welche das Pilocarpin machte, waren folgende:

1. Die constanteste Erscheinung war der Speichelfluss.
2. Uebelkeiten, welche sich bis zum Erbrechen steigern können.
3. Der Schweiss gehört zu den minder constanten Erscheinungen.
4. Myosis ad maximum ist selten, eine geringere Contraction einer oder beider Pupillen kommt häufig vor.
5. Collaps trat gewöhnlich nach profusen Schweissen auf.

Verfasser glaubt, dass die Anwendungsweise des Pilocarpin per os ein grosser Fortschritt sei und dass das Mittel auf diese Weise leichter zu handhaben sei, als mittelst der subcutanen Injectionen, welche zwar schneller, aber auch eingreifender wirken, und dafür auch gefährlicher namentlich bei Kindern werden können. Bei Anwendung des Pilocarpin müssen immer gleichzeitig Reizmittel gegeben werden.

Kohts (Strassburg).

---

222. **Arloing, Cornevin** und **Thomas, Mécanisme de l'infection dans les différents modes d'inoculation du charbon symptomatique. Application à l'interprétation des faits cliniques et à la méthode des inoculations préventives.** (Comptes rendus. 1881. Nr. 21.)

Die Verfasser fügen ihren früheren Mittheilungen über prophylactische Milzbrandimpfung folgendes Neue hinzu.

Bei der Inoculation des Giftes in den Digestionstractus trat keine Allgemeininfection auf; bei solcher in Trachea und Bronchien nur eine abortive, in allgemeinen, bald vorübergehenden Störungen bestehende Erkrankung; bei Injection in die Venen ebendasselbe oder bei grösseren Dosen eine intensivere Allgemeinstörung mit gleichzeitiger Tumorenbildung an den verschiedensten Körperstellen; am wirksamsten zeigte sich die Application in das (cutane, subcutane oder intramuskuläre) Bindegewebe, die schon bei kleineren Mengen des Giftes heftigere Allgemeinerkrankung, locale und allgemeine Tumorenbildung zur Folge hatte.

Um diese zweifachen Effecte — entweder bloss allgemein, doch gegen fernere Infection schützende Störungen oder gleichzeitge Tumorenbildung an den verschiedensten Körperstellen — und um die verschiedene Werthigkeit der Inoculationsstellen zu erklären, kommen die Verf. zu der Annahme, dass man zwei Phasen in der entwickelten Krankheit unterscheiden müsse: in der ersten finde eine Vermehrung des Parasiten im Blute statt, der aber durch das Gefässendothel verhindert werde, ins Bindegewebe, wo er die Bedingungen zur völligen Entwickelung finde, überzugehen, die zweite Phase sei die eigentliche zu Tumorenbildung führende Intoxication, die sich nach dem Uebertritt ins Bindegewebe vollzieht. Erzeugt man nämlich künstlich an Milzbrandthieren, die bloss fiebern, Hämorrhagien, so entstehen Knoten an diesen Stellen. Jedes Mal also, wo nach einer Injection in die Venen

ein Tumor auftritt, sei zu schliessen, dass das Mikrobion ins Bindegewebe eingedrungen sei — entweder durch einige zerrissene Gefässe oder durch Capillarporen oder durch einen dem embolischen Infarct analogen Prozess. Bei Impfung ins Bindegewebe theile sich die Giftmenge stets in zwei Theile, deren einer im Gewebe bleibt und locale Wirkungen erzeugt, während der andere ins Blut übertritt und sich dort wie bei directer Einführung in die Venen verhält. Bei Injection in die Luftwege könne der Parasit direct in die ganz oberflächlichen Lungencapillaren übertreten ohne Bindegewebe zu treffen.

Die Verf. haben bei 295 Rindern die intravenöse Inoculation gemacht, und es sei abzuwarten, ob die Thiere sich immun zeigen werden.

Lüderitz (Jena).

---

223. **H. Radclisse Crockes** M. D., **On the contagium of Impetigo contagiosa.** Ueber das Contagium der Impetigo. (Lancet 21. May 1881.)

Verfasser untersuchte den Inhalt von ungeborstenen Vesikeln bei Impetigo contagiosa, der in eingestochene Capillarröhrchen aufgefangen worden war, microscopisch und fand Micrococcen in Ketten und einzeln, Methylviolett färbte sie gut. Keine Bacterien waren anwesend. Verf. fand diese Micrococcen constant in den ungeborstenen Bläschen und Pusteln, hat jedoch noch keine Cultivations-Versuche gemacht.

Ludwig (London).

---

224. **L. Pfeiffer, Die Bedeutung der Jahn'schen Successivimpfung und der neuesten Gravitz'schen Pilzculturen für die Theorie der prophylactischen Impfung.** (Corresp.-Blätter des allg. ärztl. Ver. v. Thüringen. 1881. Nr. 5.)

Verf. vergleicht die Resultate der von Bryce u. A. und in neuster Zeit von Jahn vorgenommenen Successivimpfung mit Pockenlymphe, dass nämlich bei den successiv an späteren Tagen ausgeführten Infectionen des Contagiums die Latenzperiode abgekürzt wird, mit den Thatsachen und Hypothesen, zu welchen Grawitz bei Impfungen mit Schimmelpilzen gelangt ist, und spricht die Hoffnung aus, dass auf dem Wege des Experiments die behauptete Identität der bei Menschen, beim Pferd und beim Rind vorkommenden Pockenform und die Gleichwerthigkeit der prophylactischen Impfung mit verschiedenen Vaccinestoffen sich müsse sicher nachweisen lassen.

Lüderitz (Jena).

---

225. **Dr. H. A. Bampton, Three cases of poisoning by the Oenanthe crocata.** Drei Fälle von Vergiftung mit Oenanthe crocata. (Lancet, 21. May 1881.)

Vergiftungen mit der Wurzel von Oenanthe crocata sind häufig in Hafenplätzen, da die Matrosen ausländischer Schiffe sie mit wildem Sellerie verwechseln.

Zwei der Fälle genasen, einer starb nach 5 Stunden. Die Symptome waren, kurz zusammengefasst: Mukelschwäche oder Paralyse, Magenreizung, Sehstörung, Schwindel, enorme Secretion von Bronchialschleim, ein wichtiges Symptom. Bewusstlosigkeit, Temperaturabfall, schwache Respiration, schwacher, langsamer Puls, weite Pupillen. Sectionsbefund: flüssiges Blut, Hirnhyperämie, Zeichen des Erstickungstodes und Extravasationen und hyperämische Flecken auf Magenschleimhaut. Therapie: Magenpumpe, Antidot, Tannin.

Ludwig (London).

---

226. **Dr. Joseph Zit, Zur Casuistik der Carbolsäure-Intoxicationen bei Säuglingen.** (Archiv für Kinderheilkunde 1880. I. Band. 12. Heft.)

Bei einem vollkommen ausgetragenen und gut genährten Kinde war am 3. Tage nach der Geburt die Nabelschnur abgefallen und der zurückgebliebene Stumpf war geröthet, geschwollen und secernirte einen dünnflüssigen Eiter, auch war die Umgebung geröthet. Rechts unterhalb des Nabels hatte sich eine mit eitrig-seröser Flüssigkeit angefüllte Blase gebildet. Temperaturerhöhung war nicht vorhanden; es wurde eine 2 % Carbolsäurelösung in Oel ordinirt, mit welcher die wunden Stellen 3—4 mal täglich bestrichen werden sollten. Ueber die wunden Stellen wurde noch eine dünne Lage von Carbolwatte gelegt; am 3. Tage nach dem Abfall der Nabelschnur hatten sich weitere neue Pusteln gebildet, theils in der Nähe des Nabels, theils an der Innenfläche des Oberschenkels. Stuhl- und Urinentleerung waren normal. Am 4. Tage nach Abfall der Nabelschnur hatte der Stuhl seine gelbe Farbe verloren, war grünlich und enthielt viel Schleim und unverdaute Käseklümpchen. Am 5. Tage hatten sich neue Bläschen an den Innenflächen der beiden Oberarmen und oberhalb der l. Brustwarze gebildet; weshalb die Mutter die afficirten Stellen häufiger und intensiver mit dem Carbolöl einschmierte und noch dazu ein grosses Stück Carbolwatte auf dieselben applicirte.

Den nächsten Tag wurde das Kind unruhig und erbrach zweimal; der Stuhl war grünlich verfärbt; ausserdem gab die Mutter an, dass das Kind selten und wenig urinire; der Urin war dunkel und hinterliess dunkle Flecke in den Windeln. Das Kind wurde apathisch und wimmerte anstatt zu schreien. Der Schlaf war unruhig, Urin wurde in der Nacht gar nicht gelassen. Temperatur war nicht erhöht, Puls und Respiration waren nicht beschleunigt; als dann die Behandlung mit

Carbolsäure sofort ausgesetzt wurde, war die Stuhl- und Urinentleerung nach 3 Tagen wieder normal und das Kind hatte seine frühere Munterkeit wiedererlangt. Die Pemphigusblasen hörten auf sich zu bilden und die Excoriationen heilten. Nach einigen Tagen bekam das Kind nun eine doppelseitige Mastitis, weshalb Einreibung mit Jodkalisalbe und Bedecken der Drüsen mit Watte ordinirt wurde und zwar nahm die Mutter Carbolwatte und hüllte die ganze vordere Brustwand damit ein; die Watte blieb 12 Stunden liegen (vom Abend bis zum Morgen). Schon in der Nacht wurde das Kind unruhig und hatte in der Frühe einen grünlich gefärbten Stuhl gehabt; die Carbolwatte wurde nun entfernt, aber trotzdem stellten sich alle Erscheinungen der Carbolvergiftung ein.

Das Kind war apathisch, es wimmerte leise. Das auffallendste, früher nicht beobachtete Symptom war das immerwährende Herausstrecken der Zunge, welches Symptom einen ganzen Tag anhielt. Dann erbrach das Kind zweimal. Urinmenge war vermindert und dunkel gefärbt. Erst am 4. Tage nach Application der Carbolwatte war das Kind wieder munter, und Urin und Stuhlentleerung wurden wieder normal.

Da die Intoxicationserscheinungen erst einen gefährlichen Charakter annahmen, nachdem grössere Stücke Carbolwatte sehr nahe an die Respirationsorgane auf die Brust applicirt waren, wo also das Kind längere Zeit die Emanationen aus der Carbolsäure einathmen musste, so nimmt Verfasser an, dass nicht so sehr die von den Wunden aus resorbirte Carbolsäure, sondern die derselben entströmenden und eingeathmeten Dämpfe zu der Intoxication am meisten beigetragen haben.

Kohts (Strassburg).

---

227. **Dr. A. Baginsky, Ein Beitrag zu den Gehirntumoren der Kinder.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 20. S. 281.)

Ein Knabe beginnt im Alter von 15 Monaten zu kränkeln, wird unruhig, schläft schlecht, schreit mitunter auf, knirscht mit den Zähnen etc. und magert dabei ab. Allmählich entwickelt sich folgender Symptomenkomplex (am 1. März): Grosse Blässe und Magerkeit, geringer Grad von Stupidität, Ptosis beider Augen, Sehaxe des linken Auges etwas nach innen abweichend, die Bewegungen der Bulbi nach oben, unten und links hochgradig, nach rechts in geringerem Grade beschränkt. Beim Gehen leichte Seitwärtsbewegung des Rumpfes und Kopfes nach links, Schleuderbewegungen mit dem linken Bein. Seit längerer Zeit Husten. RO eine intensive Dämpfung, lautes Bronchialathmen, kein Rasseln. Behandlung mit Jodkali (1 gr pro die). Anfang April wurde die rechte Pupille etwas weiter wie die linke. Bald fing die Ptosis an nachzulassen und war am 23. April verschwunden, ebenso die Ungleichheit der Pupillen. Weiterhin bilden sich die Lähmungen der Augenmuskeln nach oben und unten, endlich diejenigen nach der Seite zurück, die Ernährung und der Gang bessern

sich. Die physikalischen Erscheinungen am Thorax bleiben bestehen. Vom 15. Mai an wird das Jodkali ausgesetzt, und Malzextrakt und Leberthran verordnet, wodurch das Kind immer blühender wird. Zuletzt sind auch die physikalischen Phänomene auf der Lunge gebessert.

Bezüglich des Krankheitsprozesses war, da alle Anhaltspunkte für eine einfache oder tuberkulöse Meningitis fehlten, eine Herderkrankung anzunehmen. Die Infiltration der rechten Lungenspitze liess einen käsigen (tuberkulösen) Herd im Gehirn vermuthen, wofür auch der langsame schleichende Verlauf sprach. — Es musste sich um eine Affection von der Ursprungsstelle der Nn. oculomotorii bis zur Ursprungsstelle der Nn. abducentes handeln. Der Gegensatz, in welchem die Intensität der Lähmungen in den Oculomotorii und Abducentes auf je einer Seite zu einander stand — hochgradige Lähmung des rechten Oculomot. und des linken Abducens, geringere des linken Oculomot. und des rechten Abducens — lässt sich mit der Annahme eines basalen Prozesses nicht vereinbaren, vielmehr weist er hin auf eine Affektion der Centra für die assoziirten Seitwärtsbewegungen und derjenigen für die assoziirten Augenbewegungen nach oben und unten. Da weder für Syphilis noch für eine andere Art von Tumoren (Sarkom oder Gliom) anamnestische Daten vorliegen, so liegt es am nächsten, einen tuberkulösen Tumor anzunehmen, wogegen nur der erstaunliche Heilerfolg Bedenken erregt. B. hält es jedoch nicht für unmöglich, chronische Infiltrationen der Lungen im kindlichen Alter unter geeigneter Diätetik zum Rückgang zu bringen, und im vorliegenden Falle ist ohne Zweifel nicht nur die cerebrale Affection, sondern auch die chronische Lungeninfiltration zurückgegangen.

Der 2. Fall betrifft einen Knaben von 7 Monaten, der bei guter Ernährung mit einem Caput obstipum (Kopf nach links) in Behandlung kommt. Dabei besteht starker Husten, diffuses Rasseln und Schmerzen am Thorax. Die Kopfhaltung bessert sich in wenigen Tagen, doch entwickelt sich allmählich eine Lähmung des linken Rectus intern. und linksseitige Ptosis, sowie rechtsseitige Abducens- und Facialis-Lähmung, später auch Ptosis des rechten Auges. Unter Behandlung mit Jodkali und Jodeisen bilden sich die Lähmungserscheinungen allmählich zurück. Zur Zeit besteht immer noch eine leichte Abducenslähmung. Das Kind ist aber munter und gut genährt. Die ehemals vorhandenen Erscheinungen: partielle Lähmung beider Oculomotorii, des r. Abducens und Facialis und frühere Affektion des Accessorius, weisen darauf hin, dass der Erkrankungsherd ebenfalls den Pons einnimmt. Bemerkenswerth ist auch in diesem Falle die allmähliche Rückbildung unter Gebrauch von Jodkali.

Stintzing (München).

---

228. **Dr. E. Remak, Zur Pathologie und Therapie localisirter Muskelkrämpfe.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 21, S. 289.)

1. Ein 29 jähr. P. hatte sich in Folge eines Falles einen Bluterguss in die rechte Paukenhöhle mit rechtsseitiger Schwerhörigkeit

und totale rechtsseitige Facialislähmung ohne Betheiligung des Gaumensegels und des Geschmacks (durch Hämorrhagie innerhalb des Kanal Fallop. und unterhalb des Abganges der Chorda tymp.) zugezogen. Unter galvanischer Behandlung stellte sich in ca. 4 Monaten in allen Facialisästen die Motilität leidlich wieder her nebst Spuren faradischer Nervenerregbarkeit. Bald aber traten auch Kontrakturen des Mundwinkels und mit dem Lidschlag synchrone Zuckungen fast im ganzen Facialisgebiet, vorwiegend von Seiten der Zygomatici auf, welche seitdem ca. 15 Monate unverändert fortbestehen. Dabei ist noch immer die elektrische Erregbarkeit, namentlich der Zygomatici, im Vergleich zur l. Seite herabgesetzt und lassen sich bei willkürlichen Bewegungen neben den Kontrakturen noch Spuren von Lähmung wahrnehmen. Da also, wie dieser Fall zeigt, im Gefolge von traumatischen Facialislähmungen dauernde Facialiskrämpfe auftreten können, so ist gewiss die (nach Eulenburg und Bernhardt) als Trauma wirkende Nervendehnung kein rationelles Heilmittel. — Pathogenetisch lassen sich diese nach Lähmung auftretenden Facialiskrämpfe nach R. Remak „auf einen in der Bahn des N. facialis vermöge seines doppelsinnigen Leitungsvermögens auf das Centralorgan fortgepflanzten Reizungszustand“ zurückführen, ebenso wie Hitzig die von ihm als Mitbewegungen gedeuteten Kontrakturen „von einem auf die Facialiskerne in der Med. oblongata fortgepflanzten Reizungszustand“ abhängig macht. Vielleicht aber genügt die Annahme, dass in Folge unvollkommener Regeneration der Nervenfaserbahnen „eine so präcis isolirte Innervation einzelner Gesichtsmuskeln, wie im normalen Zustand, nicht möglich ist“.

2. Eine 52jähr. Handarbeiterin leidet an den intensivsten Halsmuskelkrämpfen, welche wesentlich das Gebiet des rechten N. accessorius, jedoch auch die tieferen Genickmuskeln (Splenius, Biventer, Recti superiores etc. betreffen. Daneben bestehen in den kurzen Pausen starre Kontraktur der Nackenmuskeln, gelegentlich auch Kontraktion des L. Accessoriusgebietes, ein beständiger Spasmus nictitans des Sphincter palpebrarum beiderseits, und gleichzeitig oder kurz nach den Kopfbewegungen konjugirte Augenmuskelkrämpfe. Während des Schlafes Ruhe. 18 Jahre vorher hatte P. an fast gleichen Krämpfen gelitten und war durch tägliche galvanische Behandlung, welche in Applikation der Anode eines Stromes von 20—30 Elementen auf die Processus transversi cervicales dextri bestand, von R. Remak in ca. 6 Monaten vollkommen geheilt worden. Erst nach 15 Jahren traten die Halsmuskelkrämpfe wieder auf und nahmen trotz anfänglicher galvanischer Behandlung, an Intensität zu, bis sie nach fast 3 Jahren den beschriebenen Grad erreichten. R. verfuhr nun nach der eben angegebenen Methode seines Vaters und erreichte nach 84 Sitzungen eine solche Besserung dass P. wieder arbeiten kann. Es besteht noch ziemlich lebhafter Spasmus nictitans, aber ohne die früheren Rollbewegungen der Augen, und die früher fast kontinuirlichen rechtsseitigen Accessoriuskrämpfe sind von kürzerer Dauer und viel seltener geworden, während der Kopf wieder frei bewegt werden kann. Bei der gewöhnlichen Erfolglosigkeit anderer therapeutischer Massnahmen gegen derartige Krämpfe (Setaceum, ferrum candens, Nervendehnung u. a.) ist

dieser immerhin sehr erhebliche Erfolg der galvanischen Behandlung von Interesse, um so mehr, als durch dieselbe galvanische Applikationsmethode 2 Mal Besserung erzielt wurde, während anderweitige Applikation ohne Erfolg geblieben war.

3. Vier Wochen nach einem Falle bekommt ein 10jähr. Mädchen „rhythmische Krämpfe, durch welche das Kind anfänglich, sobald es auf die Füsse gestellt wurde, sprungartig in die Höhe geschnellt wurde". Nachdem diese Sprungkrämpfe in einigen Monaten, zum Theil unter Arsenikbehandlung, vergangen waren, traten ziemlich starke „rhythmische Halsmuskelzuckungen, durch welche der Kopf in regelmässiger Folge etwa 60 mal in der Minute nach hinten gestossen wurde", auf, welche besonders das Platysma beiderseits und die Nackenmuskeln, namentlich die Splenii betrafen. Daneben bestanden gelegentlich atypische Zuckungen im übrigen Facialisgebiet. Gestützt auf die Erfahrung an einem ähnlichen Falle, applicirte R. den positiven Pol eines ziemlich schwachen galvanischen Stromes auf den Nacken und erreichte durch konsequente Sitzungen (3 mal wöchentlich) in wenigen Monaten vollkommene Heilung.

„Anfänglich scheint es sich hier um ein den sogen. saltatorischen Reflexkrämpfen verwandtes Krankheitsbild gehandelt zu haben". Den letzten Zustand bezeichnet R. als „eine, wahrscheinlich durch Emotion entstandene spastische Neurose sui generis ohne anatomische Basis". Der Fall lässt sich nicht wohl unter eine der bekannten Krampfformen unterbringen. — Von Interesse ist die Besserung durch eine milde galvanische Behandlung des Nackens bei derartigen spastischen Neurosen, wobei R. gerade der Anodenapplikation eine besondere Bedeutung zuschreibt.

Stintzing (München).

---

229. **Dr. Bornemann** (Wernigerode) **Zur psychischen Behandlung hysterischer Motilitätsstörungen.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 22, S. 313.)

Die Behandlung hysterischer Lähmungen muss auf die der Motilität übergeordnete psychische Funktion, auf den Willen, gerichtet sein. Sie ist nicht nur ein Heilmittel, sondern auch ein diagnostisches Mittel. Sie kann entweder in einer Ueberraschung, Shok oder in einer allmählichen Einwirkung auf den Willen des Pat. bestehen. Der Arzt muss aber eine absolute geistige und moralische Herrschaft über den letztern besitzen. B. bezieht die Motilitätsstörungen bei Hysterie auf ein pathologisches Verhalten der Willensimpulse und schliesst (entgegen der Ansicht Richter's) die Annahme von Ernährungsstörungen der Leitungsbahnen aus. Für den Ausschluss dieser spricht die (nach Duchenne, Jolly u. a.) stets intakt bleibende elektromuskuläre Erregbarkeit und die erst spät und nur in geringem Grade eintretende Abmagerung der Muskeln. Die Elektrotherapie findet daher hier keinen Platz. Wenn also die Störungen von der Inaktivität des Willens abhängen, so ist von der psychischen Behandlung besonders in denjenigen

Fällen ein Erfolg zu erwarten, in welchen Organe betroffen sind, „deren Erregbarkeit zu den vielfältigsten Funktionen im täglichen Leben in Anspruch genommen werden, deren Uebung also eine vielseitige sein kann: Organe, die uns zur Aussenwelt in Verbindung setzen" (Extremitäten, Sprachapparat), während Störungen, die nur einzelne Muskeln (z. B. einzelne Gesichts- und Augenlidmuskeln, oder „ganze Organe betreffen, deren Funktionen aber immer durch einen einseitigen, vom Willen weniger modificirbaren, motorischen Reiz vermittelt werden, wie es beim Rachen, der Harnblase, dem Mastdarm etc. der Fall ist, ungünstiger sind". Ferner hat die psychische Behandlung da guten Boden, wo eine Beeinflussung leicht möglich ist, also bei Kindern. Auf diese Punkte ist bei der Prognose Rücksicht zu nehmen.

B. führt aus einer Reihe von ihm an der Maison de santé nach Levinstein's Plan behandelten Fällen den folgenden an. Ein 33jähr. Kaufmann, der schon seit Jahren an hysterischen Lähmungen von verschiedenen Aerzten theilweise als Rückenmarkskranker, ziemlich erfolglos behandelt worden war, bietet folgende Symptome: Vollständige Aphonie bei guter Articulation. Lähmung des linken Beines, an dessen Stelle ein Stock beim Gehen zur Stütze benützt wird. In der Gegend der mittleren Brustwirbel spontane nach links ausstrahlende Schmerzen und Druckempfindlichkeit. Sensibilität und elektrische Erregbarkeit normal. Durch streng regulirte Steh- und Gehübungen (Exercitien nach Kommando) wurde P. soweit gebessert, dass er nach 8 Tagen des Stockes nicht mehr bedurfte und nach 14 Tagen kein Schwächegefühl im linken Beine mehr empfand. Nun wurden zur Behandlung der Aphonie, für welche sich laryngoskopisch keine anatomische Basis fand, zuerst vor dem Levinstein'schen Autolaryngoskop unter Einführung des Kehlkopfspiegels Sprachübungen veranstaltet. Nach wenigen Tagen phonirte P. wieder richtig, anfangs nur bei eingeführtem Spiegel, am nächsten Tage ohne denselben bei vorgestreckter Zunge, 2 Tage später ohne diese Manipulationen alle vorgesungenen Töne und einzelne Worte, blieb aber im Gespräch aphonisch, bis er plötzlich eines Morgens auch mit lauter Stimme sprechen konnte. Andere Symptome, wie Beängstigungen, krampfhafte Schluckbewegungen, Kribbeln in den Händen, wurden nach 3 wöchentlichem Aufenthalt in der Anstalt gar nicht mehr geklagt. Also auch da, wo Lähungen nicht die hervorragendsten Symptome sind, hat die Beeinflussung des Willens den besten Heilerfolg, da die Willenstörung den besten Angriffspunkt für die psychische Behandlung bietet. Ist erst eine normale Willensthätigkeit erreicht, so stellt sich auch eine Regulirung der übrigen psychischen Funktionen ein.

Stintzing (München).

---

230. **Prevost und Waller, Nouvelles expériences sur les phénomènes nommés réflexes tendineux.** Neue Experimente über die sogenannten Sehnenreflexe. (Revue médicale de la Suisse Romande 1881. Nr. 6.)

P. und W. fanden, dass bei Kaninchen nach Durchschneidung der Nerven einer hinteren Extremität oder der ihnen entsprechenden hin-

teren Wurzeln das Kniephänomen auf der verletzten Seite aufgehoben war, dass dagegen bei Percussion des Lig. patellae dieser Seite Muskelcontraction der andern unversehrten hintern Extremität auftraten; dabei war aber nicht der Quadriceps allein betheiligt, sondern mehr oder weniger sämmtliche Muskeln des Beines, vorwiegend allerdings die Extensoren und Adductoren. Diese Contractionen cessirten, wenn 40—50 Sec. lang die Blutzufuhr zum Lendenmark durch Compression der Aorta abgeschnitten war. Integrität des Lendenmarkes ist daher nach P. und W. zum Zustandekommen des Phänomens erforderlich, dagegen ist es zweifelhaft, ob es sich dabei, wie P. früher glaubte, (s. dieses Centralblatt N. 3) um einen Reflexvorgang handelt, da der Reflexbogen in seiner Continuität durch die Durchschneidung der Nerven resp. der entsprechenden hintern Rückenmarkswurzeln unterbrochen ist.

Brockhaus (Godesberg).

---

231. **Dr. Ozeretzkowsky, Ein Fall von saltatorischem Reflexkrampf.** (Wratsch 1881. Nr. 13.)

In der Einleitung führt Verfasser in Kürze die in der Litteratur zerstreuten Fälle dieser in vielen Beziehungen räthselhaften Krankheit an, giebt dann folgende Krankengeschichte.

Im Moskau'schen Militärhospital trat ein 27jähriger kräftig gebauter Soldat ein; Ernährungszustand herabgesetzt, Gesichtsfarbe bleich, ins Grau spielend, wie man sie öfters bei Malariakranken beobachtet, Appetitlosigkeit, beträchtliche Leber- und besonders Milzschwelllung, Schlafmangel, bisweilen vollständige Schlaflosigkeit, häufige Kopfschmerzen, es sind nicht selten Symptome von Hirnhyperämien wahrnehmbar. Bisweilen treten Schmerzen längs der Wirbelsäule ein, welche in die Waden ausstrahlen; die Gemüthsstimmung ist recht schlecht.

Folgende Bewegungsstörungen sprangen ins Auge: sobald der Kranke aufstehen will und mit den Sohlen den Boden berührt, entstehen klonische Zuckungen in den Schenkel- und Unterschenkelmuskeln, so dass er abwechselnd hockt und sich aufrichtet, wobei beträchtliche Excursionen in den Knien ausgeführt werden, die Fussspitzen aber den Boden nicht verlassen. Auch während des Ganges halten die Krämpfe an; dieser ist folgendermassen verunstaltet: der ganze Körper ist nach vorne gebückt, die Schritte ungewöhnlich gross; Patient tritt mit den Spitzen auf, die Ferse berührt den Boden nicht. Nach den geringsten Geheversuchen stellen sich starke Ermüdung, unangenehme Empfindungen in Beinen, beschleunigte Respiration und Puls, und Röthung der Gesichtsfarbe ein.

Die Krämpfe geben gleich nach, sobald sich Pat. hinsetzt oder hinlegt. Durch Willenskraft können die Krämpfe nur bis zu einem gewissen Grade unterdrückt werden. Die Krämpfe bestanden ausschliesslich in der Muskulatur der Beine, sie liessen sich in horizontaler Lage weder durch passive, noch durch active Bewegungen hervorrufen, nicht einmal wenn Patient die Sohlen gegen den Bettrand stemmte. Die

Sensibilität ist von der Norm nicht abweichend, die Einzelbewegungen unverändert; keine Contracturen, nirgends Muskelschwund.

Während des letzten türkischen Krieges war Pat. an der Donau von einer perniciösen Form der Malaria befallen, die Paroxysmen waren mit andauernder Bewusstlosigkeit verbunden; nach Aussage des Pat. sollen die Krämpfe zum ersten Male nach einem Fieberanfall plötzlich eingetreten sein.

Im weitern Verlauf der Krankheit gaben die beschriebenen Symptome allmählich nach, die Krämpfe verliefen weniger extensiv, fanden später nur während des Gehens statt, bis sie schliesslich (etwa nach $3^1/_2$ Mon.) ganz geschwunden waren.

Jetzt aber stellten sich von neuem Fieberanfälle ein, welche einen regelmässigen Verlauf zeigten; sie verursachten hydropische Erscheinungen und verhinderten die Besserung des allgemeinen Ernährungszustandes.

Der Pat. erhielt zur Erholung einen Urlaub auf 1 Jahr und schrieb sich aus dem Hospital aus.

Die Behandlung bestand in Darreichung von Chinin und Arsenik; ausserdem wurde galvanischer Strom längs der Wirbelsäule, verbunden mit kalten Uebergiessungen von 28°, angewandt.

Krusenstern (Petersburg).

---

232. **W. R. Powers** M. D. F. R. C. T., **Optic Neuritis in Chlorosis.** (British Medical-Journal, Mai 1881.)

Der Verfasser fügt seinem, in seiner „Medical Ophthalmoscopy" veröffentlichtem Fall zwei neue zu, zwei Schwestern, die eine 17, die andere 16 Jahre alt. Bei der älteren, die alle Symptome der Chlorose darbot, war die Sehschärfe rechts $^1/_5$, links $^1/_8$, beiderseits hypermetr. $^1/_{20}$. Ophthalmoscopisch beiderseits Schwellung und Röthung der Papille, Verwaschensein der Ränder, Schwellung der Venen. Unter der Behandlung mit Liq. ferr. sesquichlor. stieg der Procentgehalt der Blutkörperchen von 60% zu 79% des Normalen; der Haemoglobingehalt von 30% zu 65%. Nach drei Monaten war Sehschärfe beiderseits $^1/_1$. Ein kleiner Rückfall heilte in 3 Wochen. Bei der Jüngeren waren keine Sehstörungen vorhanden, trotzdem jedoch ophthalmoscopisch deutliche Schwellung, Röthung und Verwaschensein der Pupille und streifenförmige Hämorrhagien, nach 2 Monaten, nach 10tägiger Bettruhe und Eisen stieg der Blutkörperchengehalt des Blutes von 72% auf 96%, der Hämoglobingehalt von 38% auf 80%, die Papillen wurden wieder normal. Diagnostisch wichtig: Abwesenheit von allen nur irgend wie auf Cerebralerkrankung deutenden Symptomen, keine Syphilis. Eisen wirkt bei diesen Fällen so rasch wie bei luëtischen Cerebralerkrankungen Jodkali. Therapeutisch: 8—10 Tage Bettruhe, sofortige Darreichung von Eisen. Verf. erklärt die Erkrankung aus der allgemeinen Ernährungsstörung der Gewebe.

Ludwig (London).

233. **W. S. Playfair,** M. D. F. A. C. P. Professer of Obstretric Medicine in King's-College, **Notes on the systematic Treatement of Nerve Prostration and Hysterie connected with Utrine disease.** Ueber systematische Behandlung nervöser Prostration und der Hysterie. (Lancet 28. May 1881.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit der Aerzte auf eine von dem Amerikaner Dr. Weis Mitschell ausgebildete Methode zur Behandlung von schweren Fällen von Hysterie. Verf. beschreibt ausserordentlich günstige, überraschende Erfolge in den schwersten Fällen. 1. Isolirung und Ruhe: die Patientinnen werden streng isolirt nur eine Wärterin hat Zutritt ausser dem Arzt. Für die erste Zeit absolute Bettruhe. 2. Massage: Shampooing, passive Bewegungen, Kneten aller Muskeln in methodischer Reihenfolge. 3. Electricität in Verbindung mit Massage: eine halbe- bis $^3/_4$-stundenlang dauernde Sitzungen zweimal täglich, Faradisation aller Rumpf- und Extremitätenmuskeln. 4. Diät und Regime: Dies ist der wichtigste Theil der Kur: Im Beginn absolute Milchdiät steigend bis $3^1/_2$ Liter pro die, dann Butterbrod, Eier, gehacktes Fleisch immer steigernd bis nach 14 Tagen volle Diät erreicht wird. Bis zum Ende der Kur etwa alle Stunden ein kleines Mal, es können schliesslich enorme Mengen vertragen werden und nehmen die Pat. bedeutend an Köpergewicht und Muskelkraft zu. Verfasser beschreibt die Erfolge der Kur an 4 Fällen von äusserster Muskelschwäche, Appetitlosigkeit und Abmagerung, die in 6 bis 8 Wochen geheilt wurden.

Ludwig (London).

---

234. **Dr. M. Abeles, Ueber Zucker im normalen menschlichen Harne.** (Wiener med. Blätter. Nr. 21. 1881. p. 633.)

Die früheren Angaben des Verf., dass im normalen menschlichen Harne eine Substanz vorhanden sei, welche reducirende Eigenschaften habe, die Polarisationsebene ablenke, welche Gährung eingehe und dabei Kohlensäure und Alkohol liefere, hat Regulus Moscatelli in der Leube'schen Klinik nicht bestätigen können.

Abeles gibt nun an, dass er zwar soviel Zucker, als zur Elementaranalyse nothwendig nicht erhalten habe, aber dass er Zuckerkali dargestellt. Er hat 200 bis 300 ccm frisch gelassenen Harn mit einer siedend heissen gesättigten Lösung von Chlorblei gefällt, (nicht 200 bis 300 Liter), sodass letzteres im Ueberschuss bleibt. „Die Flüssigkeit wird abfiltrirt, was rasch von Statten geht, und sodann das Filtrat mit Ammoniak gefällt. Der Niederschlag wird nach dem Absetzen auf einem Filter gesammelt, mit Wasser gewaschen und hierauf mit verdünnter Schwefelsäure oder mit Schwefelwasserstoff zerlegt. Das Filtrat vom schwefelsauren Blei oder vom Schwefelblei gibt, (im letzteren Falle nach Entfernung des überschüssigen Schwefelwasserstoffs), mit Fehling'scher Lösung reichliche Ausscheidung von Kupferoxydul".

Dasselbe Resultat ist von Ludwig am Harne gesunder Studirender nachgewiesen. Das negative Resultat Moscatellis erklärt Abeles aus der Verwendung zu grosser Mengen von Harn. Dieselben sind zu schwer traitable, es blieben Gemenge organischer Substanzen übrig, von welchen manche auf Zucker zerstörend einwirken, und längeres Eindampfen, selbst in saurer Lösung, verändert den Zuckergehalt stetig.

Finkler.

---

235. **W. Debove, Recherches sur les épanchements chyliformes des cavités séreuses.** Untersuchungen über chyliforme Ergüsse in seröse Höhlen. (L'Union Médicale, Nr. 85, 86, 87.)

D. beobachtet folgenden Fall. Ein 63jähr. Mann erkrankte in Folge einer heftigen Erkältung an Husten, Athemnoth etc. 3 Monate später wurde er im Zustand höchster Erschöpfung und starker Dyspnoe ins Hospital aufgenommen, wo ein umfangreiches linksseitiges pleuritisches Exsudat constatirt wurde. Während der Punction desselben trat, nachdem ca. $^3/_4$ Liter Flüssigkeit abgelassen war, plötzlich Collaps und Tod ein. Die Menge des Exsudats betrug im Ganzen ca. 3 Liter. Es war von gelblicher Farbe, opak, geruchlos, von alkalischer Reaction, und hatte genau das Aussehen einer Emulsion; das spec. Gewicht war 1025. Unter dem Mikroskop erkannte man eine Menge feinster Fettkörperchen, wenige grössere Fetttropfen (beide vollkommen in Aether löslich), Cholestearinkrystalle, keine rothen, ganz spärliche weisse, den Anfang fettiger Entartung darbietende weisse Blutkörperchen. Beim Stehen an der Luft bildet sich keine oberflächliche Rahmschicht und kein fibrinöses Coagulum. Eine Portion, die 14 Tage lang stehen gelassen wurde, zeigte fast keine Veränderung. Die chemische Untersuchung ergab 79 % organische Substanzen. Bei der Autopsie fand sich ausser der Verdrängung des Herzens nach rechts und der linken Lunge nach oben und hinten nichts Bemerkenswerthes. Die Wandungen des das Exsudat enthaltenden Sackes waren von gelblicher Farbe, genau das Aussehen einer leicht atheromatös entarteten Aorta darbietend, mehrere Millimeter dick und mit der Pleura verwachsen. Letztere im Uebrigen platt, ohne Auflagerungen, Adhärenzen und Ulcerationen. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten sich die Wandungen des Sacks zusammengesetzt aus Lagen streifig angeordneter fibrinöser Substanzen, in deren Maschen Fettkörperchen, an manchen Stellen grössere Haufen bildend, lagen. Dieselben glichen genau den Fettkörnchen des Exsudats. Eine Communication des Sackes mit dem Ductus thoracicus war nicht zu finden. Im Anschluss an diesen Fall stellt Verf. die in der Litteratur verzeichneten Beobachtungen ähnlicher Ergüsse in die Pleurahöhle, das Cavum Peritonei und die Tunica vaginalis des Hodens zusammen und bespricht die verschiedenen Hypothesen ihrer Entstehung. Er bekämpft die Annahme, dass es sich um Erguss von Chylus aus einem verletzten Chylusgefäss handele, da in allen neueren gut beobachteten Fällen bei der Autopsie eine derartige Verletzung nicht hat nachgewiesen werden können, selbst

nicht in dem Quincke'schen Falle, bei dem der Erguss in Folge eines starken Traumas sich gebildet hatte. Auch glaubt er nicht an die Umwandlung ursprünglich eitriger Exsudate durch fettige Entartung der Eiterkörperchen. Obwohl derartige Umwandlungen älterer Eitermassen vorkommen können, bilde sich dabei nie eine so feine und gleichmässige Emulsion. Zudem habe die Beobachtung gezeigt, dass die nach der Entleerung derartiger Exsudate sich wieder ansammelnde Flüssigkeit von vornherein denselben emulsionsartigen Charater trug. Er glaubt vielmehr, dass die serösen Häute ausser den serösen, den sero-fibrinösen und eitrigen Ausschwitzungen unter gewissen, bisher allerdings noch ganz unbekannten Bedingungen auch diese chylusartigen zu produciren im Stande seien. Eine Differentialdiagnose ohne Probepunction sei unmöglich. Als Ursachen führt er an: Erkältung, Traumen, Tuberculose und Herzkrankheiten. Das Lebensalter ist ohne jeden Einfluss. In klinischer Beziehung hebt er die Massenhaftigkeit des Exsudats und die rasche Wiederbildung nach der Entleerung hervor. In dem Fall von Saviard wurden im Laufe von 9 Monaten 294 Liter chyliformer Flüssigkeit aus dem Abdomen entleert. Obwohl einige temporäre Heilungen beobachtet worden sind, so endeten doch bis jetzt alle Fälle, deren Schicksal man verfolgen konnte, tödtlich.

Brockhaus (Godesberg).

---

236. **G. Hayem, Sur les effets physiologiques et pharmacothérapiques des inhalations d'oxygène.** (Comptes rendus. Tome XCII. Nr. 18. 1881.)

Inhalationen von Sauerstoffgas, das zu einem (nicht näher bestimmten) Theile mit gewöhnlicher Luft vermischt ist, haben nach Verf. folgende Wirkungen.

Bei Gesunden zeigt sich Vermehrung des Appetits, ganz leichte Temperatursteigerung, Beschleunigung der Circulation, Vermehrung der Zahl der rothen Blutkörperchen und ihres Haemoglobingehalts, Zunahme des Körpergewichts.

Bei Chlorotischen tritt die Beseitigung von gastrischen Symptomen, wenn solche vorhanden sind, in den Vordergrund der Sauerstoffwirkung: das Erbrechen hört auf, Appetit stellt sich ein, Körpergewicht und Harnstoffausscheidung nehmen zu. Die rothen Blutkörperchen werden zwar zahlreicher, ihr Hämoglobingehalt bleibt jedoch unverändert. Sauerstoffinhalationen sind bei Chlorose besonders dann indicirt, wenn Eisenmittel schlecht vertragen werden, und haben bei Eisengebrauch als Unterstützung der Kur etwa die Bedeutung der Hydrotherapie.

Die Inhalationen sind endlich von sehr günstigem Einfluss auf das Symptom des Erbrechens, indem sie letzteres seltener machen oder auch ganz zum Verschwinden bringen, vorzüglich wenn eine anatomische Läsion des Magens nicht nachweisbar ist.

Lüderitz (Jena).

---

237. **Coignard, De la propriété que possèdent certaines eaux minerales naturelles de favoriser l'absorption de l'oxygène.** Ueber die Fähigkeit gewisser natürlicher Mineralwässer die Sauerstoffabsorption zu begünstigen. (L'Union médicale. 1881. Nr. 76 und 77.

C. hat in einer Reihe von Versuchen gefunden, dass Fische, unter sonst gleichen Bedingungen, in nicht erneuertem gewöhnlichem Wasser rascher zu Grunde gehen, als wenn demselben eine kleine Quantität eines alkalinischen, besonders natronhaltigen Wassers zugesetzt worden war, und glaubt den Grund hierfür in der grösseren Absorptionsfähigkeit des Letzteren für den Sauerstoff der Luft zu finden. Diese Annahme fand er durch die directe Messung der in einer bestimmten Zeit von gewöhnlichem Wasser einerseits, von Lösungen verschiedener Natronsalze oder von natürlichen, natronhaltigen Mineralwässern andrerseits aufgenommenen O-mengen bestätigt. Von den künstlichen Lösungen zeichneten sich besonders die des arsensauren Natrons, von den Mineralwässern die von Mont-Dore, Vichy und Karlsbad durch ein hohes Absorptionsvermögen für O aus. Ferner untersuchte C. das O-Absorptionsvermögen des Carotidenblutes eines Hundes, der bis dahin gewöhnliches Wasser getrunken hatte, gab demselben dann 8 Tage lang als Getränk ein kohlensaures Natron haltiges Mineralwasser und untersuchte von neuem; die O-Absorptionsfähigkeit war bedeutend vermehrt. Im Anschluss hieran stellt er eine Reihe von Beobachtungea aus der Litteratur zusammen, nach denen während des Gebrauchs der alkalischen Quelle von Vichy u. A. die Zahl der rothen Blutkörperchen in erheblichem Masse zugenommen hatte. C. ist daher der Ansicht, dass durch die Alkalien, besonders das kohlensaure Natron und die dieses Salz in grösserer Quantität enthaltenden Mineralquellen die O-aufnahme ins Blut gesteigert werde und eine Vermehrung der Bildung und Thätigkeit der rothen Blutkörperchen eintrete, und bezieht hierauf die gute Wirkung, welche er durch den Gebrauch der Natronsäuerlinge bei Anämie und Chlorose erzielt hat. Er berichtet ausführlich über 2 Fälle hochgradiger Blutarmuth, in denen die gewöhnliche Therapie, kräftige Diät und Eisen in verschiedener Form, ohne wesentliche Erfolge längere Zeit hindurch in Anwendung gezogen war und wo dann unter dem Gebrauch von alkalischen Mineralwässern rasch Besserung eintrat.

Brockhaus (Godesberg).

Neue Bücher.

Baraduc, De la dyspepsie gastro-intestinale, de l'entérite chronique et de divers troubles fonctionnels de l'estomac et de l'intestin, observations cliniques. Paris, Germer Baillière.

Bardenheuer, Die Drainirung der Peritonealhöhle. Chirurgische Studien nebst einem Bericht über sieben Nierenexstirpationen. Stuttgart, Enke. 7 M.

Clément, Du farcin chronique étudié au point de vue clinique et expérimental. Paris, Davy.

Dowse, The brain and diseases of the nervous system vol. I. Syphilis of the brain. 2nd. ed. London Baillière. 7 sh. 6 d.

Feltz und Ritter, De l'urémie experimentale. Paris, Berger-Levrault & Co. 7 fr. 50 c.

Girou, Recherches sur l'étiologie et la pathogénie des gangrènes chez les diabétiques. Paris, Parent.

Glénard, Valeur antipyrétique de l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoide. Acide phénique ou bains froids? Rôle du traitement par les bains froids dans les hopitaux militaires. Paris, Délahaye.

Gouronner, De la typhlite et perityphlite dans leur rapports avec la fièvre typhoïde. Paris, Parent.

Hublé, Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie. Paris, Goupy et Jourdan.

Lardiley, Etude sur le goître enflammée et sur le goître suppuré. Paris, Doin.

Leeser, Die Pupillarbewegung in physiologischer und patholog. Beziehung. Mit einem Vorworte von Dr. A. Graefe. Mit 1 lithogr. Tafel. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 4 M.

Macewen, Die Osteotomie mit Rücksicht auf Aetiologie und Pathologie von genu valgum, genu varum und anderen Knochenverkrümmungen an den unteren Extremitäten. Autoris. dtsche. Uebersetzung herausgegeben von Dr. R. Wittelshöfer. Stuttgart, Enke. 4 M.

Martin, Contributions to Military and State medicine. vol. I. London, Churchill. 10 sh. 6 d.

Mitchell, Lectures on diseases of the nervous system especially in women. London, Churchill. 8 sh.

Moure, Etude sur les kystes du larynx avec 12 figures. Delahaye et Lecrosnier. 3 fr. 50 c.

Pellissier, Considérations sur l'étiologie des maladies les plus communes à la réunion. Paris, Davy.

Quenu, Anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Réant, Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde. Paris, Davy.

Sainton, Etude sur une variété latente et bénigne d'empyème. Paris, Davy.

Spinzig, Yellow fever: Nature and epidemic character caused by meteorological influence. St. Louis. 10 sh. 6 d.

Stirling, A text-book of practical histology. With outline plates. Smith and Eeder. 14 sh.

Turnbull, Imperfect hearing and the hygiene of the ear, with home instruction of the deaf. Philadelphia. 12 sh. 6 d.

Tyson, Treatise on brights disease and diabetes, with special reference to pathology and therapeutics. Also a section on Retinitis in bright's disease. Philadelphia. 18 sh.

Ullmann, Contribution à l'étude de l'étiologie de la cataracte. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 3 fr.

Veillard, De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. Paris. Davy.

Voillemier et Dentu, Traité des maladies des voies urinoires. II. maladies de la prostate et de la vessie. Avec 120 figures dans le texte. Paris, Masson. 16 fr.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. und **Dr. D. Finkler,** a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 22. Juli. Nro. 17.

238. **Wilhelm Ebstein** (Göttingen), **Ueber Drüsenepithelnekrosen beim Diabetes mellitus, mit besonderer Berücksichtigung des diabetischen Comas.** (Deutsches Archiv f. klin. Medic. B. XXVIII. pg. 143—242.)

Verf. hat sich in der vorliegenden Arbeit die Aufgabe gestellt, gewisse Veränderungen der Drüsenepithelien, welche beim Diabetes mellitus ab und zu aufgetreten, und welche er als nekrotische charakterisirt, zu schildern und insbesondere auch ihre Beziehungen zum diabetischen Coma zu verfolgen. Auf die Nierenepithelnekrosen bei der Zuckerharnruhr ist vom Verf. bereits früher in seiner Arbeit über Nierenkrankheiten in v. Ziemssens Pathologie und Therapie IX 2, 2. Aufl., p. 95, Leipzig 1878 aufmerksam gemacht worden. Keineswegs alle Fälle von diabetischem Coma haben Beziehungen zu Drüsenepithelnekrosen.

Das diabetische Coma ist, wie der Diabetes mellitus selbst, ein Symptomencomplex, welcher unter mannigfachen Bedingungen zu Stande kommen kann. Das ist wohl der Hauptgrund, warum dasselbe nicht immer unter conformen klinischen Bildern verläuft; so scheinen Fettembolien bei dem mit heftiger Dyspnoe einhergehenden diabetischen Coma eine beobachtenswerthe Rolle zu spielen. Jedoch vermögen wir noch nicht, das diabetische Coma nach verschiedenen ätiologischen Momenten in verschiedene Formen abzugrenzen. Gemeinsam für alle Fälle

ist ein gewöhnlich schnell sich steigerndes und zum Tode führendes Coma.

Relativ selten ist es, dass schwere materielle Gehirnerkrankungen, die dann oft mit dem Diab. mellit. in einem causalen Zusammenhange stehen und welche gemeinhin eine Reihe von cerebralen Störungen veranlassen, auch Ursachen comatöser Zustände bei Diabetikern werden. Es handelt sich hierbei gewöhnlich um gewisse degenerative Prozesse des Centralnervensystems, welche unter dem anatomischen Bilde einer hämorrhagischen nekrotisirenden Encephalitis verlaufen, und welche in ätiologischer Beziehung anderweiter im Gefolge des Diab. mellit. auftretenden nekrotischen Prozessen gleichwerthig sind. In der Regel ergibt die anatomische Untersuchung beim diabetischen Coma keine nachweisbaren Struckturveränderungen des Gehirns; denn die Anomalien des Blutgehaltes, die stärkeren serösen Durchfeuchtungen, welche dabei im Gehirn und seinen Häuten vorkommen, sind so wenig constant, dass man ihnen eine entscheidende Bedeutung für die Entwickelung des diabetischen Comas nicht zuschreiben kann, wenngleich sie auch hier, wie unter andern Verhältnissen den Verlauf der Hirnerscheinungen beeinflussen dürften.

Verfasser vindicirt nun bei einer anscheinend nicht geringen Anzahl von Erkrankungen an diabetischem Coma den Drüsenepithelnekrosen, insbesondere denen der Nieren einen hervorragenden Antheil an dem Zustandekommen desselben.

Die Drüsenepithelnekrosen, welche als Analoga von anderen nekrotischen Prozessen, welche in verschiedenen Organen bei der Zuckerharnruhr vorkommen, aufzufassen sind, wurden vom Verf. bei dieser Krankheit unter zwei verschiedenen Bedingungen beobachtet:

1. in solchen Fällen, wo der Tod unter den Erscheinungen des diabetischen Comas eintritt, ohne dass grob anatomische Todesursachen auffindbar waren, und

2. in solchen Fällen, wo neben den Drüsenepithelnekrosen noch anderweite schwere Organerkrankungen aufgefunden wurden. Wenn auch die letzteren allein ausreichen, um den Eintritt des Todes zu erklären, so dürfte den Epithelnekrosen dabei doch ein gewisser Antheil zuzuschreiben sein. Verf. theilt Beobachtungen aus seiner Erfahrung mit, wo bei Diabetikern, welche an acuter Pleuropneumonie sowie an interstitieller Hepatitis und Nephritis erkrankt waren, gleichzeitig ausgedehnte Epithelnekrosen gefunden wurden.

Was nun die Ausbreitung der Nierenepithelnekrosen betrifft, so findet man sie über grössere odere kleinere Abschnitte des Nierenparenchyms verbreitet. Einmal — bei einem Diabetiker, welcher einer acuten Pleuropneumonie erlag — hatte sie gleichmässig das gesammte Epithel der Nierenrinde ergriffen. Diese Necrose findet sich meist mit einer verschieden hochgradigen Fettanhäufung in den Nierenepithelien vergesellschaftet.

Was nun die bei genauerer Untersuchung in die Augen fallenden Veränderungen des Nierenepithels anlangt, so sehen wir das Protoplasma vielfach von der Tunica propria der Harnkanälchen losgelöst, zu grösseren und kleineren Ballen oder Klümpchen zerklüftet, wobei die die Epithelien zusammensetzenden Stäbchen oft sehr deutlich her-

vortreten. Die so veränderten Epithelien zeigen je nach dem Vorgeschrittensein des Prozesses entweder einen sehr undeutlichen oder gar keinen Kern, welcher an den Stellen, wo die Veränderung voll entwickelt ist, auch durch die besten Kernfärbemittel nicht zur Anschauung zu bringen ist. Schliesslich kann man an den abgestorbenen Epithelzellen den Zerfall des Protoplasmas zu einfachem oder fettigem Detritus constatiren.

Die Berechtigung, diese Epithelien als „nekrotische" anzusehen, stützt Verf. darauf, dass ihr Verhalten mit dem solcher Epithelien, welche unanfechtbar als abgestorben anzusehen sind, vollkommen congruent ist. Als Beispiel dafür gelten mit Recht in erster Reihe die durch Ischämie entstandenen Nierenepithelnekrosen, wie wir dieselben beim Menschen an den Niereninfarkten beobachten und auch experimentell durch Unterbindung der Nierenarterie bei Thieren erzeugen können. Als weiteres Beispiel mag hier noch an die in anatomischer Beziehung im Wesentlichen gleichartigen, durch toxische Einflüsse veranlassten Nierenepithelnekrosen erinnert werden, wie man sie bei Thieren durch subcutane Einspritzung von Chromsalzen hervorgebracht hat (Chromniere).

Die Ursachen der diabetischen Drüsenepithelnekrosen, in specie auch der Nierenepithelien, dürften ebenso wie die der übrigen im Verlaufe des Diab. mellitus auftretenden nekrotischen Prozesse weit weniger in Anämie und Ischämie der betreffenden Organe, als wesentlich in dem Einflusse toxischer Substanzen zu suchen sein. Dass die Nieren in erster Reihe dabei geschädigt werden, erklärt sich dadurch, dass sie die hauptsächlichsten Ausscheidungsorgane für derartige Stoffe sind. Die in Frage kommenden toxisch wirkenden Substanzen, welche die Drüsenepithelien zu schädigen resp. zu ertödten vermögen, sind offenbar verschiedene Produkte des beim Diabetes mellitus schwer alterirten Stoffwechsels. Soweit bis jetzt unsere Kenntnisse reichen, müssen wir hierbei vornehmlich mit folgenden Faktoren rechnen: 1) mit den abnormen Schwankungen des Wassergehalts des an Diab. mellitus erkrankten Organismus; 2) mit dem Zuckerreichthum der Säfte und der einzelnen Organe (Hyperglycämie); 3) mit gewissen Stoffen, welche anscheinend vorwiegend in abnormer Grösse im Blut der Diabetiker vorkommen, wie Aceton, Acetessigäther, Alkohol u. a. verwandte Substanzen, ausserdem die Oxalsäure (Oxalämie), endlich 4) mit einer Reihe von nicht genauer gekannten Zerfallsprodukten stickstoffhaltiger Stoffe, besonders von Eiweisskörpern, und dem Reichthum der Säfte an anorganischen Verbindungen. Unter den im Verlauf des Diabetes mellitus auftretenden nekrotischen Prozessen, von denen einzelne nur eine lokale Bedeutung haben, sind die in den Drüsenepithelien, besonders denen der Niere, auftretenden von besonders eingreifender Wichtigkeit, wie sie eine bisweilen plötzliche Sistirung in der Elimination der toxischen Substanzen aus dem Organismus zur Folge haben können, indem die nekrotischen Epithelien nicht mehr funktionsfähig sind. Die Epithelnekrose füllt somit eine wesentliche Lücke aus, welche bei der Deutung des oft so plötzlichen Eintritts der comatösen Symptome bleibt. Während von gesunden Excretionsorganen und auch von normalen Nieren bis zu gewissen Grenzen sogar eine reichlichere Menge

auch abnormer Stoffwechselprodukte aus dem Organismus entfernt werden kann, wird sich mit dem Nekrotischwerden der Epithelien und der dadurch bedingten Unmöglichkeit, die Auswurfsstoffe in ordnungsmässiger Weise aus dem Körper zu entfernen, eine direkte Lebensgefahr ergeben.

Einen Massstab für die Anwesenheit wenigstens eines Theils der Produkte der regressiven Stoffwechselmetamorphose und zwar besonders derjenigen, welche mit der Acetessigsäure in gewissen Beziehungen zu stehen scheinen, gewährt uns die von Gerhardt gelehrte Reaktion mancher diabetischer Harne mit Eisenchlorid und der Geruch nach Aceton, welchen man an den Patienten wahrnimmt, in müheloser Weise.

Gewisse Beziehungen zwischen dem Eintreten dieser Eisenchloridreaktion zu dem klinischen Verlauf sind für die hier angeregten Fragen nicht ohne grosses praktisches Interesse.

Während wir bisweilen, bei Einleitung der diabetischen Diät unter Verminderung der Polyurie und Glycosurie alle für das Coma diabet. characteristischen Symptome sich entwickeln sehen, indem gleichzeitig eine intensive Eisenchloridreaktion des Harns auftritt, gibt es zahlreiche Diabetiker, welche unter Anwendung derselben Ernährungsweise und trotzdem auch bei ihnen die Eisenchloridreaktion des Harns in immer stärkerer Weise zu Tage tritt, unter Rückgang der diabetischen Symptome sich subjektiv und objektiv wenigstens für eine gewisse Zeit besser befinden.

Der hier zu Tage tretende Widerspruch lässt sich zwanglos in folgender Weise erklären. Bei den Fällen der ersteren Kategorien sind die Nieren wohl noch fähig, mit einer grossen Menge von Harnwasser, welches den Glomerulis entstammt, die Zerfallsprodukte ausreichend auszuschwemmen, wenngleich ihre ertödteten Epithelien nicht mehr im Stande sind, bei verminderter Wasserausscheidung die Eliminirung der Abfallsstoffe aus dem Körper zu bewirken. In der That kann man in solchen Fällen die comatösen Symptome unter dem Wiederauftreten der früheren Polyurie und Glycosurie manchmal schwinden sehen, wenn man den Patienten die gewöhnliche Diät wieder reicht und sie reichlich Wasser trinken lässt. Bei den Fällen der 2. Kategorie funktioniren die Nierenepithelien noch so ausreichend und zufriedenstellend, dass sie im Stande sind auch bei verminderter Wasserausscheidung durch die Nieren die Auswürflinge des Stoffwechsels zu eliminiren.

Abgesehen von der geschilderten Necrose der Nierenepithelien fand Verf. bei einem der im Original ausführlich mitgetheilten Fälle von Coma diabeticum die von Armanni bereits beschriebene hyaline Degeneration der Nierenepithelien. Indessen constatirte er dieselbe nicht wie A. an den Epithelien der graden Harnkanälchen, sondern an demjenigen Abschnitt der Henle'schen Schleifen, welcher in der Grenzschicht der Marksubstanz liegt. Verf. wählt für diese Zellveränderung den nichts präjudicirenden Namen der „diabetischen Nierenepithelquellung". Die gequollenen, äusserst hellen Zellen mit grossem, ausserordentlich gut auf Farbemittel reagirenden Kern enthalten nur zum kleinen Theil noch Reste des gewöhnlichen Protoplasmas. Die causalen Beziehungen dieser augenscheinlichen Epithelveränderung,

welche Verf. übrigens inzwischen wiederholt beim Diabet. mellit. gefunden hat — zu dieser Erkrankung sind übrigens ebensowenig aufgeklärt, wie die naheliegende Frage ob dieselbe etwas dieser Erkrankung Eigenthümliches ist, was Verf. nicht für wahrscheinlich hält. Die Drüsenepithelnekrosen beschränken sich aber nicht allein auf die Nieren. Auch an den Leberzellen konnte Verfasser ganz analoge Veränderungen constatiren. Er beobachtete diese Leberzellennekrose zweimal und zwar einmal bei einer Leber ohne interstitielle Veränderungen, das andere Mal bei einem Fall von interstitieller Hepatitis — welcher mit Diab. mellit. vergesellschaftet war. — Diese Leber war deswegen auch noch von Interesse, weil sich in dem hyperplastischen Bindegewebsgerüst der Leber kleine bis hanfkorngrosse grauweisse Stellen fanden, welche durch eine in den Lücken des Gewebes liegende weisse, mörtelartige Substanz gebildet waren. Dieselbe erwies sich unter dem Mikroskop als aus schmäleren und etwas breiteren nadelförmigen Krystallen bestehend, welche die chemische Reaktion des Guanin boten. Abgesehen von diesem Falle von Complikation des Diabetes mellitis mit Hepatitis interstitialis hat Verf. dieselbe Combination noch zwei Male beobachtet.

E.

---

239. **Cappi Ercolano, Sul morbo ceruleo.** Ueber die „blaue Krankheit". (Ann. univ. di med. e chir. 1881. Nr. 5.)

Mit obigem Namen bezeichnet Verf. die cyanotischen Zustände bei angeborenen Herzfehlern. Er beschreibt folgenden Fall: Ein 18jähriger, von gesunden Eltern abstammender junger Mann war von Kind an schwächlich und kurzathmig und hatte an öfteren Ohnmachtsanfällen gelitten, die ihn öfters auf offener Strasse überraschten. 14 Tage vor seinem Eintritt ins Hospittal hatte sich starker Husten mit copiösem, schleimigem Auswurfe eingestellt. Status praesens bei der Aufnahme: Anasarca, hochgradige Cyanose der Lippen, Wangen und Hände, Turgor des Gesichts, besonders der Lippen, Venen des Halses stark gefüllt, Thorax gracil, Athembewegungen nicht ausgiebig, Herzdämpfung merklich vergrössert, vertikaler Durchmesser derselben 10 cm, transversaler 11,50 cm, longitudinaler 13 cm. Spitzenstoss sichtbar im 5. Intercostalraum; beim Zufühlen deutliches Katzenschwirren. Die Auscultation ergab rauhe Athemgeräusche; an der Mitralis und Tricuspidalis schwaches systolisches Geräusch, am besten hörbar an der Sternalinsertion der 4. linken Rippe und im 3. linken Intercostalraum. An der Pulmonalis hört man ein leises, in die Länge gezogenes Hauchen und einen schwachen Ton, an der Aorta ein schwaches Geräusch neben einem starken Ton. Leber- undMilzdämpfung etwas vergrössert. Temperatur 37,5° C., Puls rhythmisch, schwach, frequent. Abdomen weich, unter dem Nabel etwas schmerzhaft, Urin alkalisch, spec. Gewicht 1011, schwach gefärbt, mit leichter Eiweissreaktion. Die Diagnose wurde

auf angeborene Communikation zwischen beiden Herzhälften gestellt. Während des Aufenthalts des Pat. im Hospital wurden leichte abendliche Temperatursteigerungen bis 38,7° C. beobachtet. Am 10. Tage nach der Aufnahme plötzlicher Tod. Aus den Befunden der Sektion ist bemerkenswerth: Hyperämie der Pia mater und des Gehirns, besonders der Rinde; beide Lungen hyperämisch, Bronchien mit blutigem Schleim erfüllt, auf der rechten Pleura und in der rechten Lunge Tuberkel. Ausgedehnte Adhärenzen der linken Pericardialblätter, beide Ventrikel vergrössert, der linke excentrisch, der rechte einfach. Foramen ovale geschlossen, Septum der Ventrikel, soweit es von denselben aus sichtbar ist, unverletzt; Aortenklappen sufficient. Nach Eröffnung der Aorta bemerkt man dicht unter der Insertion der mittleren und rechten Klappe eine Oeffnung von der Form eines gleichschenkligen Dreiecks mit abgerundeten Schenkeln, in welche man den Daumen hineinstecken kann und durch welche beide Ventrikel mit einander communiciren. Die Pulmonalarterie hat die Dicke eines kleinen Fingers, ihre Klappen sind rudimentär. Unterhalb der letzteren gelangt man mit der Sonde in einen kleinen, mit dem rechten Ventrikel durch eine Oeffnung communicirenden Sack. Die Sektionsbefunde ergeben die Unhaltbarkeit der Ansicht Rokitansky's, dass bei angeborenen Herzfehlern keine Tuberkulose der Lungen vorkomme, während sie die schon von Morgagni ausgesprochene Meinung bestätigt, dass bei angeborenen cyanotischen Zuständen erheblicheren Grades neben der abnormen Communikation zwischen den beiden Herzhälften stets Verengerung eines der grösseren Gefässe des Herzens, im vorliegenden Fall der Pulmonalis bestehe. Interessant ist ferner, dass auch hier wie in fast allen ähnlichen Beobachtungen, der Defect im Septum sich an der schon im normal entwickelten Herzen dünnsten, nur von den beiden Blättern des Endocards gebildeten Stelle unterhalb der Einmündung der Aorta befand.

Brockhaus (Godesberg).

---

240. **Talini Bassiano, Otto vene pulmonari nell' orecchietta sinistra del cuore.** Acht Pulmonarvenen im linken Vorhof. (Annali univ. di med. e chir. 1881. Heft 5.)

Obige Anomalie wurde bei der Sektion eines 16jähr. Mädchens gefunden, welches während des Lebens keinerlei Störungen seitens des Herzens gezeigt hatte. Der linke Vorhof hatte die Gestalt eines unregelmässigen Würfels; das linke Herzohr war bedeutend stärker entwickelt als das rechte. Von den acht Pulmonarvenen mündeten 2 nahe bei einander ganz links, während sich die übrigen 6, in Gruppen zu je drei angeordnet und einen ziemlich grossen Zwischenraum zwischen sich lassend, vorn und hinten am rechten Winkel des Vorhofs inserirten. Ihr Durchmesser betrug zusammen 56 mm, während der Durchmesser der beiden Lungenarterien nur 31 mm betrug. Die übrigen Theile des Herzens sowie die grossen Gefässe waren ganz normal.

Verf. hat in der Literatur keinen ähnlichen Fall verzeichnet gefunden; während die Vermehrung der Pulmonarvenen um eine oder zwei nicht ganz selten ist, finden sich nur vereinzelte Fälle von 7 Pulmonarvenen. Unter den Thieren sind beim Pferde zuweilen 8 Pulmonarvenen beobachtet worden.

Brockhaus (Godesberg).

---

241. **Prof. Chvostek, Ein weiterer Beitrag zur Pylephlebitis suppurativa.** (Wien. med. Blätter 1881. Nr. 18, ff.)

Es wurde intra vitam die Diagnose gestellt auf: Pylephlebitis suppurativa ausgegangen von Vereiterung des Wurmfortsatzes. Consecutive Abscessbildung in der Leber, Peritonitis und linksseitige Pleuro-Pneumonie.

Die Erkrankung begann mit plötzlichen sehr erheblichen Schmerzen in der Coecalgegend, nachfolgenden Diarrhoeen. Pyämisches Fieber, Druckempfindlichkeit in der Ileocoecalgegend; keine Roseola; Kopfschmerz und Schwindel. Am 8. Tage leichter Icterus. Leberdämpfung beginnt in der Mamillarlinie an der 5. Rippe und überragt den Rippenbogen. Milz vergrössert, bei Fortbestand des pyämischen Fiebers. Die Leber- und Milzvergrösserung nahmen sehr schnell zu. Die Vergrösserung der Leber betraf den rechten und linken Lappen zugleich. Vom 16. Krankheitstage zeigte sich bei der Percussion am rechten Leberlappen von der Medianlinie des Sternums bis zur Papillarlinie eine circumscripte allmählich zunehmende Dämpfung nach aufwärts.

Ein zwischen Leber und Zwerchfell abgesacktes pleuritisches Exsudat liess sich ausschliessen, weil beide Lebergrenzen respiratorische Bewegungen machten, durch die Gegenwart des Icterus, Fehlen der Verdrängung des Herzens und pleuritischer Schmerzen und die gleichzeitig mit der Leberschwellung aufgetretene Milzschwellung.

„Gegen ein zwischen der convexen Leberoberfläche und zwischen dem Zwerchfell abgesacktes peritoneales Exsudat sprach die respiratorische Beweglichkeit der oberen und unteren Grenze der in der Lebergegend befindlichen Dämpfung, das Auftreten und rapide Anwachsen derselben erst vom 10. Krankheitstage an, trotzdem, dass in den ersten neun Tagen pyämisches Fieber vorhanden gewesen war, die gleichzeitig und rasch aufgetretene ziemlich starke Milzschwellung, das gleichzeitige Auftreten des Icterus, und schliesslich der Umstand, dass beim beträchtlichen Herabsteigen der unteren Grenze der in der Lebergegend befindlichen Dämpfung und beim ziemlichen Hinaufsteigen der oberen Grenze derselben in den hinteren Partien, ein Hinaufsteigen der letzteren in den vorderen Partien nicht nachweisbar war."

Die suppurative Hepatitis wurde via exclusionis festgestellt. Ihre Ursache wurde wegen der gleichzeitigen, nicht schmerzhaften Stauungsmilz und wegen der Diarrhoeen in eitriger Pfortaderentzündung gesucht.

Als Ausgangspunkt für die Entzündung galt der processus vermi-

formis, wie die heftige Schmerzhaftigkeit plötzlich auftretend verrieth, die innerhalb des letzten Jahres schon 5 mal bestand. Die Section bestätigt die Richtigkeit der Diagnose.

Finkler.

---

242. **Nothnagel, Die normal in den menschlichen Darmentleerungen vorkommenden niedersten (pflanzlichen) Organismen.** (Zeitschrift für klin. Med. III. p. 205. 1881.)

Kugel- und Stäbchenbakterien: Die Sphärobakterien (Mikrococcen) und Mikrobakterien (Bacterium Termo) finden sich in jedem normalen und pathologischen Stuhl in unschätzbaren Mengen und verschiedener Anordnung, zerstreut oder in Zoogloeahaufen von grosser Ausdehnung angesammelt, sie können auch zu perlschnurartigen oder kurzgegliederten Fäden aneinander gereiht sein. — In dünnen Stühlen herrscht die Stäbchenform, in festen Stühlen die Kugelform vor; — die kugeligen Mikrococcen sind mitunter sarcinenähnlich zu 2—4 Körnchen nebeneinander angeordnet. Keine der einzelnen Formen und Anordnungen hat irgend pathologische oder physiologische Bedeutung.

Bacillus subtilis, sowohl als einfache lange bewegliche Fäden, wie als sporenhaltige Fäden und einzelne Sporenhaufen in normalen und pathologischen Entleerungen, jedoch nicht allzuhäufig vorkommend (hierzu Abbildung), die Sporen fallen besonders dadurch gleich auf, dass sie ausserordentlich glänzend oder dick und scharf contourirt sind. — Sie werden durch Jod gelb oder braun gefärbt.

Saccharomyces: Gährpilze sind sehr häufig im Magen und Darmkanal, meist jedoch nur in spärlicher, seltener in ansehnlicher Menge, nachweisbar; — dieselben bilden einen physiologischen Bestandtheil des menschlichen Darminhalts; meist finden sie sich jedoch nur in einigen zerstreuten Exemplaren; in grösserer Menge finden sie sich in den sauer reagirenden Entleerungen bei Kinderdiarrhöen. Die Form ist meist elliptisch und zeigt bisweilen Sprossung; Farbe gelblich; durch Jod werden sie dunkelbraun gelb gefärbt, nie Blau. — Meist sind die Pilze klein, kleiner als der Gährungspilz des Bieres. N. schlägt die Bezeichnung Saccharomyces ellipsoideus, statt der bisher gebrauchten S. vervisine vor.

Durch Jod sich bläuende Organismen. — Solche Organismen gibt es im Darm mehrere Arten, von verschiedener Gestalt, — die grösste derselben ist vielleicht identisch mit Clostridium butyricum, hat die Form breiter Stäbchen mit abgerundeten Ecken, oder ist elliptisch oder endlich spindel-, birn- oder citronenförmig; — mattglänzend, ohne deutliche Differenzirung des Inhalts. Anordnung meist zu 2—3 nebeneinander in einer Kette, oder in Haufen von zahlreichen Individuen, selbst bis zu 100, — active Bewegung wurde nie beobachtet; alle färben sich durch Jod intensiv blau bis dunkelviolet, — meist werden sie ganz blau gefärbt, bisweilen kann auch der eine oder beide Pole oder die ganze Peripherie ungefärbt bleiben. Man findet sie bei

Stühlen von jeder Consistenz und Reaction; am reichlichsten sind sie in Stühlen, in denen Stärke und Pflanzenreste vorhanden sind — doch kommen sie, wenn auch spärlicher, in Stühlen vor, wo diese vollständig fehlen. Die Clostridien haben keine pathologische Bedeutung; — in der Leiche finden sie sich nur in den untern Darmpartien, vom untern Ileumabschnitt an.

Eine andere Bakterienform ist ohne die Jodreaction gar nicht zu unterscheiden von den gewöhnlichen Mikrokoccen und kleinen Stäbchenbakterien; man unterscheidet zwei Formen, kugelige und stäbchenförmige; in der Grösse erreichen sie die Grenze des eben Sichtbaren; — von ihrem Auftreten gilt das gleiche wie von den Clostridien. — Die Natur derselben ist nicht ganz klar; möglicher Weise sind sie als Entwicklungsformen der Clostridien aufzufassen; — vielleicht auch als Mycoderma Pasteurianum (Hansen) oder als die von Virchow erwähnten amorphen Detritusmassen im Auswurf bei Lungengangrän ähnliche Körper, die sich mit Jod blau färben.

Eine Anzahl anderer Pilzformen kommen so ausserordentlich selten vor, z. B. Bacillus Ulna, dass sie nur als zufälliger Befund zu betrachten sind, andere, z. B. Oïdium albicans gehören pathologischen Zuständen an und sollen an anderer Stelle besprochen werden.

Von den genannten, im normalen Stuhl vorkommenden Pilzformen können die Mikrokoccen und Bacterium termo in Zusammenhang gebracht werden mit Fäulnissvorgängen, der Saccharomyces (Hefenpilz) kann in Beziehung gebracht werden mit der Umsetzung des Zuckers. — das Clostridium butyricum ist als das Ferment der Buttersäuregährung nachgewiesen (Prazmowski); die Bedeutung der zuletzt beschriebenen kleinsten Bakterien, die mit Jod sich blau färben, sowie des Bacillus subtilis ist noch nicht vollständig aufgeklärt.

Engesser (Freiburg i. B.)

---

243. **Nothnagel, Zur Klinik der Darmkrankheiten.** (Zeitschrift f. klin. Med. III, p. 241. 1881.)

Die Aufgabe, die sich Verf. in dieser Abhandlung gestellt, war, aus den Darmentleerungen Anhaltspunkte für die Beantwortung diagnostischer Fragen am Krankenbette zu erlangen; und zwar speciell die Frage zu erörtern, ob aus der Beschaffenheit der Darmentleerungen wahrscheinliche oder sichere Schlüsse zu ziehen sind auf die Natur und den Sitz eines im Darmkanal bestehenden Krankheitsvorganges. Während der erstere Punkt, die Natur der Erkrankungen betreffend, schon hinlänglich aufgeklärt ist, ist die letztere Frage bis jetzt noch wenig behandelt worden. Die Untersuchungen N.'s erstreckten sich in erster Linie auf die Darmkatarrhe, wobei jedoch auch andere Processe, Abdominaltyphus, tuberkulöse Darmleiden, Geschwürsprocesse etc. berücksichtigt wurden.

Das Hauptgewicht legt N. für die vorgestellten Zwecke auf die Makro- und Mikroskopische Untersuchung, weniger auf die chemische Analyse, die mehr eine physiologische Frage zu beantworten hat.

Um sich gegründete Ergebnisse zu erzielen, hat N. nicht bloss eine sehr grosse Anzahl von Darmentleerungen mikroskopirt, sondern eine vollständig systematische Prüfung durchgeführt, so dass die Entleerungen von vielen Kranken, so oft sie kamen, bis zum Tode makro- und mikroskopisch untersucht wurden. Aus der Gesammtheit der Analysen der einzelnen Fälle und aus der Vergleichung derselben wurden dann die folgenden Schlüsse gezogen, wobei sich N. hauptsächlich auf diejenigen Punkte beschränkt, die neue Thatsachen oder ein Abweichen von den bestehenden Ansichten enthalten.

Zunächst bespricht Verf. das makroskopische und mikroskopische Verhalten der Darmentleerungen im Allgemeinen.

1. Die Consistenz: man betrachtet in der Regel feste Entleerungen als normale, dünne als pathologische — breiige werden bald als normale, bald besonders die schmierig-breiigen, als krankhafte bezeichnet; die Festigkeitsgrade der breiigen Entleerungen sind durch verschiedene Ursachen bedingt:

a) durch innige Mischung von Schleim mit Koth. — Der Schleim ist öfter erst mikroskopisch nachweisbar — oft schon zu vermuthen, wenn bei Druck auf das Deckglas die Kothprobe ganz gleichmässig sich vertheilt und bei Nachlassen des Druckes keine Risse in der Masse entstehen. Makroskopisch kann solche Entleerung oft normal erscheinen, selbst gährend einen gewissen Grad von Festigkeit haben, häufig ist sie schmierig-breiig.

b) Die reichliche Anwesenheit von Fett macht den Stuhl weicher als normal, ähnlich dem bei Schleimbeimischung. — Doch gibt bloss das Mikroskop Aufklärung, ob es sich um Beimischung von Schleim oder Fett handelt.

c) Bei grösserem Wassergehalt zerdrückt sich der Koth unter dem Deckglas nicht gleichmässig zähe und läuft beim Nachlassen in vielen kleinen Streifen wieder zusammen. — Das Fehlen der Bestandtheile unter a, b und d unter dem Mikroskop sichert die Diagnose.

d) Reichliche Pflanzenbestandtheile machen den Koth breiig. Diese sind meist makroskopisch erkennbar; unter dem Deckglas zerdrücken sie sich nicht gleichmässig wie Schleim und Fett, sondern feinkörnig, kieselig. —

Ein weichbreiiger Stuhl, der nicht durch Abführmittel oder Diät (Fett, Obst, Gemüse), auch wenn täglich nur einmal erfolgt, lässt immer einen pathologischen Zustand annehmen. Betreffs der dünnflüssigen Entleerungen tritt N. der Ansicht entgegen, dass dieselben nach übermässigem Genusse von Flüssigkeiten, dünnflüssigen Nahrungsmitteln auftreten können; vorausgesetzt, dass indifferente Flüssigkeiten aufgenommen, selbst in Uebermass aufgenommen werden, erzeugen dieselben keine flüssigen Entleerungen; bei reichlichem Genuss kalten Wassers sind die entstehenden flüssigen Ausleerungen nicht auf die Menge des Wassers, sondern auf die durch Kälte erzeugte vermehrte Peristaltik des Magens zurückzuführen.

Die festen Kothmassen bilden die normale Kothsäule. Diese ist zusammengesetzt aus einzelnen Ballen (Scybala), die bei längerem Stuhlgang oft einzeln entleert werden. Kleine solcher Ballen von Wallnuss- oder Haselnussgrösse haben ein oder zwei Rinnen. Diese Ballen

werden gebildet in den Hautris Coli oder die Einschnitte werden erzeugt durch die Vorsprünge, welche die Taeniae Coli bilden. Solche kleine schafkothähnliche, oft plattgedrückte Knollen, die meist von einfacher Obstipation bedingt, geben leicht zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung, indem man dahinter eine Verengung des Darms, auch Tumoren etc. vermuthet, während dieselben häufig durch eine Erlahmung der Darmperistaltik bedingt sind; freilich mag ein solches Verhalten auch bei pathologischen Zuständen beobachtet werden, die aber nicht immer Stricturen zu sein brauchen.

2. Die Reaction ist sehr wechselnd und desshalb für die Praxis wenig bedeutungsvoll. Die Stühle reagiren meist alkalisch, seltener sauer oder neutral. — Besonders Typhusstühle sind meist alkalisch, wiewohl auch hier Ausnahmen beobachtet werden; ein diagnostisches Moment bei zweifelhaften Fällen ist aus der Reaction somit nicht zu gewinnen. — Bei acuten Darmkatarrhen der Kinder wird die Reaction allgemein als sauer angenommen; aber auch hier ist dieselbe häufig wechselnd und nicht diagnostisch verwerthbar.

3. Die Farbe: hier hebt Verf. besonders die Gallenpigmentreaction hervor, die mit rauchender Salpetersäure ausgeführt, im normalen Stuhle stets fehlend pathologisch sehr häufig verkommt. N. betont hier besonders das Vorkommen von Gallenpigmentreaction bei Stühlen, denen Schleimfetzen von intensiv hell- oder orangegelber Farbe, die zahllose Sphärobacterien enthalten, beigemengt sind.

Auch kommen eigenthümliche rundliche Gebilde aus Schleim bestehend, an einzelnen Stellen im Stuhl vor, welche Gallenpigmentreaction geben, während an andern Schleimpartieen in demselben Stuhle diese Reaction fehlt.

Gelbgefärbte Fetttropfen und Cylinderepithelien kommen ferner vor, welche Gallenpigmentreaction geben.

Endlich kommen in demselben Stuhle oft festere und weichbreiige, fast flüssige Parthien vor, von welchen die letzteren die genannte Reaction zeigen, die ersteren nicht.

4. Die mikroskopisch in den Stühlen erkennbaren Salze und Krystalle. — a) Tripelphosphate, ohne pathologische oder diagnostische Bedeutung, die in normalen und pathologischen Stühlen vorkommen, oft in beiden auch fehlen. Sie erscheinen gewöhnlich in der bekannten Sargdeckelform, seltener in feiner Fiederform, ferner finden sich segmentirte Crystalle mit z. Th. abgesprengten Ecken; sehr selten finden sie sich in grösserer Ausdehnung aneinander gelagert; bisweilen endlich findet man in grossen Massen beisammen liegende Splitter zertrümmerter Sargdeckel. Das Vorkommen von unversehrten Crystallen und die saure Reaction geben Aufschluss über die Natur dieser Crystalltrümmer. Alle diese Crystalle werden durch Galle nicht pigmentirt; — nur einmal fand N. im Schleim eines Typhusstuhles durch Galle gefärbte Tripelphosphatkrystalle.

b) Neutraler phosphorsaurer Kalk, als plumpe Keile in drüsenartig gruppirten Haufen liegend, ohne diagnostische Bedeutung.

c) Gelbe Kalksalze, durch Gallenfarbstoff pigmentirt; — unter den oben genannten in normalen und pathologischen Stühlen vorkommend, zeigt keine Krystallformen, meist in vielfacher, unregelmässiger

Gestalt. — Oxalsaurer Kalk wurde von N. in der Form der kleinen Briefcouvertkrystalle nur ein einziges Mal gefunden, in einem an Pflanzenparenchymzellen reichen Stuhle; ebenso wurde schwefelsaurer Kalk nicht gefunden, derselbe entsteht beim Zusetzen von Schwefelsäure zu den Kothmassen, behufs anderweitiger Reactionen. — Fettnadeln dürfen nicht damit verwechselt werden.

d) Cholesterin, Bestandtheil der normalen Fäces — chemischer Nachweis gelingt gewöhnlich, sehr selten der mikroskopische. Häufige Verwechslung mit Trümmern von Tripelphosphatkrystallen oder feinen Pflanzencuticulis. — N. hat sie mit Sicherheit nur zweimal nachgewiesen bei einem Kranken mit Carcinoma Cardia, der durch Clystiere aus Pepton, Wein und Eigelb ernährt wurde. Eine besondere diagnostische Bedeutung haben sie nicht.

e) Spindelförmige Krystalle, die von Charkot in leukämischem Blute, von Leyden bei Bronchialasthma gefunden, von Böttcher als „Spermakrystalle", (nach Fürbringer dem Prostatasecrete entstammend) beschrieben wurden, sind von Bäumler zuerst in den Entleerungen eines durch Anchylostomum duodenale anämischen Mannes, und einmal in den schleimigen Stühlen eines am Dickdarmkatarrh leidenden Kranken gefunden worden. — N. fand diese Crystalle bei Typhuskranken und Reconvalescenten, bei Phthisikern mit Dickdarmkatarrhen, bei Dysenterien; — stets waren den Stühlen reichlich Schleimmassen beigemengt und in den Schleimmassen waren meist die Krystalle eingelagert; die Stühle hatten alle alkalische Reaction; — die Krystalle selbst waren wechselnd in der Grösse.

5. Bestandtheile aus der eingeführten Nahrung. — a) Stärke kann im normalen Stuhle spärlich, in Pflanzenzellen eingeschlossen, vorkommen, in wohlerhaltenen isolirten Körnern kommt sie bei gemischter Kost niemals, in vereinzelten zertrümmerten Bruchstükken nur ausnahmsweis vor; jedes reichlichere Erscheinen ist als pathologisch anzusehen; wenigstens in den letzten beiden Formen. — Bei einem Typhusreconvalescenten konnte sie reichlich nachgewiesen werden — ein Fingerzeig für die Diät.

b) Muskeln: Muskelfasern sind in jedem normalen Stuhle bei gemischter Kost nachweisbar, doch nur in relativ geringer Menge. Bisweilen sind dieselben in ihrem äusseren Ansehen mehr weniger verändert; ohne Querstreifung, mit abgerundeten Enden, von Gallenpigment gefärbt mit Schleimmassen und Kalksalzen oft leicht zu verwechseln; — bei aufmerksamer makroskopischer Untersuchung mit tausendfacher Vergrösserung konnte N. stets Andeutungen von Querstreifung beobachten. — Bei manchen Darmerkrankungen wurden Muskelbruchstücke in übermässig grosser Menge mit den Faeces entleert; während Stärke gar nicht oder nur in ganz geringer Menge auftritt. — Dieses Verhalten findet sich besonders bei breiigen und dünnen Stühlen, dass dabei Erkrankungen des Pankreas eine Rolle mitspielen (Fles), ist nicht hinlänglich erwiesen.

c) Fett ist nicht selten in normalen Stühlen und bei gesunder Verdauung; meist in Nadeln und Büscheln, seltener in Tropfen vorkommend (ausser bei Kindern mit überwiegender Milchnahrung) — die Nadeln lösen sich in Wasser und bilden sich wieder bei Verdampfen

derselben. — Oft ist Fett sehr reichlich vorhanden; — im Uebermasse, bei Diarrhoëa adiposa (Stenorrhoëa) entleert, muss es als pathologisch betrachtet werden; — dieses wurde von N. auch ohne Erkrankung des Pankreas bei Phthisikern beobachtet, wobei die Farbe des Stuhles meist sehr hell, fast grüngelb war, ohne dass dabei Icterus bestand.

d) Milch erscheint in geronnenen Flecken, welche mikroskopisch reichliche eingeschlossene Fetttropfen erkennen lassen. — Stückchen geronnenen Eiweisses finden sich sehr oft in diarrhöischen Stühlen; — besonders beachtenswerth sind bei pathologischen Zuständen kleine rundliche Gebilde, von hellmaisgelber bis tiefdunkelgelber Färbung; diese Färbung ist bloss oberflächlich, bei Zerdrücken zeigen sie sich als homogene milchweisse Massen. Die Gelbfärbung ist bedingt durch Gallenpigment. — Sie zeigen die Reactionen des Eiweisskörpers und sind wahrscheinlich Caseïn, welches aus der Milchnahrung stammt.

6. Der Schleim: Das Vorhandensein des Schleims in den Entleerungen ist nicht nur überhaupt, sondern auch im Einzelnen, betreffs der Form, der Farbe und der Lagerung in den Fäcalstoffen von diagnostischer Bedeutung, weniger für die Kenntniss der Natur derselben, als vielmehr des Sitzes. Obwohl stets Schleimbildung im gesunden Darm stattfindet, so ist dieselbe doch so gering, dass sie normaliter nicht erkennbar ist und jede makro- und mikroskopisch erkennbare Schleimbeimischung eine Abweichung von dem physiologischen Verhalten anzeigt; — unter physiologischen Verhältnissen finden sich bisweilen durch Hypersekretion bedingt einzelne Schleimfetzchen oder eine ganz dünne Schleimschicht auf einer festen Kothsäule; — sonst aber ist das Auftreten von Schleim pathologisch. Sein Verhalten und Erscheinen ist etwa folgendes:

a) er überzieht in dickeren, hellglasigen Massen die festen Kothsäulen;

b) er ist innig mit den Fäcalmassen gemengt und zwar entweder in Fetzen dem dünnen oder breiigen Stuhle beigemengt, oder er ist in kleinen mikroskopischen Partikelchen unter feste Kothmassen gemischt und dabei makroskopisch nicht wahrnehmbar;

c) die Stühle bestehen hauptsächlich aus Schleimmassen. Die Fäcalstoffe sind sehr unbedeutend; der Schleim ist meist hellglasig oder durch Rundzellen und Cylinderepithelien getrübt;

d) die Schleimcylinder bei der sog. tubulären Diarrhoe;

e) die sog. „Froschlaich" oder „gekochten Sagokörnern" ähnlichen Gebilde, werden z. Th. als Schleimklümpchen, z. Th. als pflanzliche Gebilde aufgefasst. N. neigt sich, gestützt auf die Jodkalireaktion und die makroskopische Untersuchung zu letzterer Ansicht (Virchow) hin;

f) runde gelbe Schleimkörner, zuweilen mit einem Stich in's Dunkelgrüne; — diese sind makroskopisch mitunter wie kleine Fleischpartikelchen oder wie gelbe Kalksalze bemerkbar. Dieselben haben die Grösse eines Mohnkornes, wechselnd in ihrer Menge. Vielfältig in dünnen Stühlen in grosser Masse getroffen, aber auch hier bei einem und demselben Patienten wechselnd; — Consistenz ist weich, oder zerdrücken sich gleichmässig nicht „krisselich". Die chemischen

Reactionen, die andere Körper ausschliessen, charakterisiren sie als Schleimgebilde; das Mikroskop unterscheidet sie nicht deutlich von Muskelschollen, dagegen spricht gegen diese letzteren der Umstand, dass sie schon mehrere Wochen lang beobachtet worden, während deren kein Fleisch genossen wurde. — Die gelbe Farbe giebt die Gallenpigmentreaktion. Unter dem Mikroskop erscheinen sie als zahlreiche, durch Risse getrennte Schollen ohne Struktur, Formelemente finden sich keine in denselben.

Endlich finden sich ähnliche, aber grössere Gebilde, die N. als Schleimkugeln bezeichnet, besonders in dünnflüssigen Entleerungen.

7. Epithelien: Pflasterepithel findet sich selten in dem Schleim, der grosse voluminöse, geformte Kothsäulen überzieht, wohl blos mechanisch abgestreift vom Orificium ani; ganz ausnahmsweise einmal bei breiigem Stuhl. — Unter bestimmten Verhältnissen kann den Pflasterzellen ähnliches Epithel im Stuhl die Diagnose auf Carcinom des Darms begründen.

Cylinderepithelien werden häufiger beobachtet, meistens ungefärbt, zuweilen gelb gefärbt geben sie Gallenpigmentreaktion. — Selten sind dieselben ganz unverändert, meist getrennt, wirr durcheinander liegend; selten in dünnen Stühlen einige Exemplare zusammengekittet. Der Saum ist meist nicht mehr zu erkennen, die Form ist verkrümmt, der Inhalt zeigt meist noch das feingranulirte Protoplasma und den Kern; — zuweilen sind sie mit Fetttropfen gefüllt, stark vergrössert; als häufigste Veränderung beschreibt N. die „Verschollung" und zwar in den weitest vorgeschrittenen Graden die „spindelförmige Verschollung". — Diese, durch Abbildungen erläutert, besteht darin, dass die Zellen geschrumpft sind, statt fein granulirt, das Aussehen ist homogen, matt glänzend, wächsern, der Kern undeutlich — diese Veränderung zeigt die verschiedensten Abstufungen, welche neben einander vorkommen. — Die Epithelien liegen fast ausschliesslich im schleimigen Theil und zwar die grossen wohlerhaltenen Zellen in dünnen Stühlen, die verschollten mehr in dem Schleim, der die festen Kothmassen mit einer dünnen Schicht überzieht. — Als die Natur dieser Veränderung nimmt N. eine durch die energische Flüssigkeitsresorption seitens der Dickdarmschleimhaut und dem Darminhalt bedingte Wasserentziehung aus den Epithelien an, also eine Art Eintrocknung derselben.

8. Rundzellen kommen im schleimigen Theil der Stühle vor, und zwar in verschiedener Grösse, ähnlich kleinen weissen Blutzellen bis zu vollständigen Riesenzellen; — die Menge ist wechselnd, die Zahl der Epithelien gewöhnlich nicht übersteigend, einen Tag reichlicher, den andern Tag weniger reichlich — einfach katarrhalische Zustände der Darmschleimhaut sind auf die Menge derselben ohne Einfluss; überhaupt kommt beim einfachen Darmkatarrh eitriger, an Rundzellen reicher Schleim nicht zur Beobachtung, das Vorhandensein desselben in den Dejektionen weist auf ulceröse Prozesse hin.

9. Das Blut; das Vorkommen rother Blutzellen in den schwarzen theerartigen Massen, welche bei Hämorrhagien im oberen Theil des Darms entleert werden, sowie auch häufig in den deutlich blutig rothgefärbten Stühlen bei Typhösen, Ruhrkranken etc., ist sehr häufig

mikroskopisch nicht nachweisbar, die chemische und spektroskopische Untersuchung gibt darüber Aufschluss.

10. Thierische Parasiten, zum gewöhnlichen Vorkommen gehören die Eier von Darmparasiten (Tänien, Ascaris lumbricoides, Oxyuris vermicularis, Trichocephalus dispar). Man trifft ferner ziemlich oft eine Art Monaden, meist todt, als kreisrunde Kugeln von verschiedener Grösse; daneben findet man dieselben bisweilen noch lebend in lebhafter Bewegung, von birnförmiger Gestalt, deren Spitze sich in einen dünnen Faden auszieht, welcher rasch hin und her schwingt — auch andere Bewegungen werden beobachtet: — Wimpern, oder geisselartige Fortsätze ausser den oben besprochenen fadenförmigen Verlängerungen der Spitze waren nie zu beobachten. — Die Zahl der Monaden ist wechselnd, gewöhnlich spärlich, mitunter so zahlreich, dass sie schon mikroskopisch wie ein hellglasiger Schleimklumpen unter dem Deckglas erkennbar sind. — Dieselben werden in einer grösseren Reihe von Krankheitszuständen beobachtet; ein Zusammenhang ihres Vorkommens mit einer ganz besonderen Beschaffenheit der Stühle lässt sich nicht feststellen; lebende Formen kommen nur in dünnen Dejektionen vor. — N. hält diese Parasiten für harmlose Bewohner des Darms, die weder einen mechanischen noch chemischen Reiz ausüben auf die Darmschleimhaut.

Engesser (Freiburg i. B.).

---

244. **Nicolaus Filatow**, Privatdocent und ordinirender Arzt im Kinderspitale zu Moskau, **Ueber benzoesaures Natron bei Diphtheritis.** (Archiv für Kinderheilkunde 1881, II. Band, 6. und 7. Heft.)

Während 5 Wochen wurden in das Kinderspital zu Moskau 14 Patienten mit Diphtheritis aufgenommen, von denen 4 bei Behandlung mit Berthollet'schem Salz oder Carbolsäure mit Chinin verbunden, genasen, zwei 3 Stunden nach ihrer Aufnahme starben, und die übrigen acht mit Natr. benzoic. behandelt wurden. Ausserdem wurde dasselbe noch in 2 Fällen der Privatpraxis, also zusammen in 10 Fällen, von denen die Krankengeschichten mitgetheilt werden, angewandt. In den meisten Fällen wurde das Natr. benzoic. als Inhalation jede halbe bis eine Stunde angewandt; in den wenigen Fällen, wo sich die Kinder sträubten und den Mund nicht gehörig offen hielten, wurde das Mittel innerlich gegeben. Unter den auf diese Weise behandelten 10 Fällen waren 7 an idiopathischer Diphtherie erkrankt, von denen 5 mit Tod, 2 mit Genesung endeten; von den übrigen Fällen scarlatinöser Diphtherie war der Ausgang in Genesung bei 2, in Tod bei einem. Bei diesen 6 Todesfällen trat die Erkrankung von vorn herein sehr schwer auf.

Verfasser schliesst deshalb, dass das Natron benzoic. nicht als specifisches Mittel gegen Diphtherie zu betrachten sei, da es in schweren Fällen die septische Blutvergiftung nicht verhütet, in leichteren Fällen aber dem Weiterschreiten der Diphtherie nicht entgegen wirkt.

2. Kommt die Ablösung der Membranen nicht früher zu Stande als bei der sonstigen Behandlung.

3. Der Einfluss des Natr. benzoic. auf die Körpertemperatur ist nicht deutlich ausgesprochen.

4. Dagegen ist hervorzuheben, dass das Natr. benzoic. von dem Verdauungstractus gut vertragen wird und keine schädliche Wirkung auf die Herzthätigkeit hat.

Kohts (Strassburg).

Neue Bücher.

Arthuis, L'électricité statique et l'hystérie. Paris, Doin. 2 fr.

Aufrecht, Pathologische Mittheilungen. 1. Heft, Magdeburg. A. & R. Faber. 3 M.

Braithwaite, The retrospects of Medicine. Vol. 83. London, Simpkin. 6 sh. 6 d.

Bréjon, Du diagnostic différential de l'hématurie et de l'hémoglobinurie, principalement dans quelques maladies endémiques des pays chauds. Paris, Davy.

Callias, De la résorcine et de son emploi en thérapeutique, recherches expérimentales et cliniques Paris, Berthier.

Cazin, des varices pendant la grossesse et l'accouchement. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Charier, De l'emploi de la fève de Calabar dans le traitement ou tétanos. Paris, imp. Davy.

Dürr, Bericht üb. die ophthalmologische Thätigkeit in den Jahren 1877—1880 und über einhundert Staar-Extraktionen ausgeführt nach v. Gräfes Methode. Hannover, Schmorl & von Seefeld. 50 Pf.

Eichhorst, Lehrbuch der physikal. Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten. Theil I. Untersuchung von Haut, Temperatur, Puls, Respirationsorganen. Mit 102 Abbildungen in Holzschnitt. (Wredens Samml. med. Lehrbücher II. Bd.), Braunschweig, Fr. Wreden. pr. cplt. 17 M

Eulenberg H., Handbuch des öffentlichen Gesundheitswesens. Bd. I. Berlin, Hirschwald. 17 M.

Goldzieher, Therapie der Augenkrankheiten für praktische Aerzte und Studirende. Stuttgart, Enke. 7 M.

Kaposi, Pathologie und Therapie der Syphilis, 1. Hälfte. Mit 10 in den Text gedr. Holzschnitten. Stuttg. Enke. 5 M. 20 Pf.

Lahs, Die Achsenzug-Zangen mit besonderer Berücksichtigung der Tanier'schen Zangen, eine geburtshülfl. Abhandlung. Mit 4 Tafeln. Stuttgart, Enke. 2 M. 80 Pf.

Reumont, A., Syphilis und Tabes dorsalis. Aachen, J. A. Mayer. 2 M. 60 Pf.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 30. Juli. Nro. 18.

245. **Dr. Butry** (Kirn), **Ueber eine maligne Pneumonieepidemie im Dorfe Becherbach.** (Deutsches Archiv für klin. Med.)

Eine Bestätigung der von Leichtenstern ausgesprochenen Ansicht, dass die croupöse Pneumonie eine durch ein specifisches Gift hervorgerufene Infectionskrankheit sei, scheint Verf. mit seinen Beobachtungen zu finden, die eine Epidemie von croupöser Pneumonie in einem 460 Seelen starken Dorfe betreffen (alle umliegenden Ortschaften waren frei von Pneumonie).

Es wurden 20 Personen betroffen (darunter 8 Kinder), von denen 9 starben. Vorzugsweise waren Leute befallen, die durch früher überstandene Lungenentzündung zu erneuter Erkrankung disponirten. Einzelne Familien zeigten sich besonders stark betroffen. Die Epidemie begann mit leichteren und vereinzelten Fällen, nahm allmählich an Zahl und Bösartigkeit zu, um wieder mit einzelnen zum Theil abortiv verlaufenden Fällen zu endigen.

Der klinische Verlauf zeigte nur in einzelnen Fällen den typischen Charakter (Gehirnerscheinungen, Delirien, Apathie, Somnolenz), dagegen

war auffallend häufig und intensiv hämatogener Icterus (der rothbraune Harn enthielt keinen gewöhnlichen Gallenfarbstoff).

Milzschwellung fehlte in allen Fällen, Herpes labialis zeigte sich in 6 Fällen.

Ausser dieser Epidemie berichtet Verf. noch kurz über eine Hausepidemie in einer allein gelegenen Mühle, wo der Vater, Mutter und Enkelkind erkrankten, nachdem der auswärts dienende Sohn mit einer doppelseitigen Pneumonie ins Haus zurückgebracht war.

Seifert (Würzburg).

---

246. **Dr. Röhring** (Bamberg), **Ein Fall von Peliosis rheumatica bei einem Kinde.** (Berliner klin. Wochenschrift No. 26. 1881. 27. Juni.)

C. K., fast 9 Jahre alt, von schwächlicher Konstitution, stammt von gesunden Eltern. Seine 6 Geschwister sind ebenfalls gesund. Am 2. Januar fand Verf. bei dem äusserst anämischen Kinde am unteren Rückentheile sowie an beiden Gesässbacken „eine Reihe vereinzelter, linsengrosser, braunrother, mitunter die Farbennüancirung der Hautquetschung darbietender Knötchen, welche unter Fingerdruck nicht schwanden." Das Kind klagte über Schmerzen in sämmtlichen Hand-, Knie-, und Fussgelenken; die diesen Körpertheilen entsprechende Hautparthie war oedematös, eine Steifigkeit der Gelenke war jedoch nicht vorhanden. Am folgenden Tage fand Verf. an den beiden Ober- und Unterschenkeln, sowie in den Unterarmen eine beträchtliche Anzahl punktförmiger, nicht juckender purpurrother flacher, unter dem Fingerdrucke unverändert bleibender Flecke in der Grösse einer Linse, und mitunter etwas grösser, theils vereinzelt, theils konfluirend, die bald mit bekannter Farbenveränderung verschwanden. Die Behandlung bestand in kräftiger Nahrung und in der Verabreichung von Eisen, Wein, Bier etc., sowie in der Anwendung von Umschlägen von Carbolwasser auf die hämorrhagischen Stellen. Im Laufe des Monats Januar recidivirte die Purpura mehrmals, und auch im Februar traten ein Mal an den Unterschenkeln einzelne Petechien auf, die aber mit keinen weiteren krankhaften Erscheinungen im Gesammtorganismus verbunden waren. Verf. verordnete noch zur Hebung der Gesammtkonstitution mit „Eisenpulver vermischte tägliche lauwarme Wasserbäder." An diesen Fall schliesst Verf. noch einen tödtlich verlaufenden Fall von Purpura rheumat. bei einem 20jährigen Infanteristen an. Derselbe, am 12. December 1872 in das Militärkrankenhaus aufgenommen, hatte Schmerzen in sämmtlichen Gelenken, und Tags darauf waren die Streckseiten der Extremitäten mit erhabenen Extravasaten besetzt. Mehrmals traten reichliche Hämorrhagien der Bronchialschleimhaut auf. Ende December ereignete sich ein Nachschub der petechialen Proruption um die beiden Fussgelenke mit geringer Schwellung, und zwar rechterseits so hochgradig, dass Geschwürsbildung eintrat. Häufige Lungen- und heftige Darmblutungen. P. starb unter den Erscheinungen einer rechtsseitigen Pleuropneumonie. Bei der Sektion fand man Schwellung der Bronchial-

und Mesenterialdrüsen, Geschwüre im Verlaufe des Mastdarms, sowie unzählige Blutextravasate in der etwas geschwellten Milz. Gelenkhöhlen und Gelenkmembranen wurden nicht berücksichtigt.

Kohts (Strassburg).

---

247. **Dr. Danillo, Beiträge zur Kenntniss der durch Malaria bedingten Nervenerkrankungen.** (Medicinsky Westnik 1880. Nr. 6, 7, 8, 9.)

Verfasser hat eine grosse Zahl (206) Malariakranken an der Donau im vorigen russisch-türkischen Kriege in Behandlung gehabt; darunter haben 6 (2, 9 %) folgende Fälle derselben mit nervösen Erscheinungen complicirt, seine Aufmerksamkeit auf sich gezogen: 5tägiger Verfolgungswahn, welcher mit Temperaturerhöhung schwand; in 2 Fällen eine ausgesprochene nach einer Reihe von Anfällen entwickelte Melancholie mit Verfolgungsideen, Verweigerung von Nahrungsaufnahme verbunden etc.; Neuralgia occipitalis, welche alle 3 Tage wiederkehrte; in einem Fall hat sich die Malariaerkrankung nur in Palpitatio cordis tertiana kundgegeben und schliesslich Facialparalyse nach einer Reihe von Anfällen. — Alles Fälle zweifellosen malarischen Ursprungs.

Danillo nimmt an, dass die Malaria als aethiologisches Moment der Psychosen unter Mitwirkung sonstiger ungünstiger Umstände, wie Anämie, deprimirter psychischer Zustand etc. angesehen werden muss. Die Seltenheit der vom Verfasser beobachteten malarischen Nervenerkrankungen führt er auf das Alter der von ihm behandelten Patienten zurück (es waren meist Soldaten unter 30 Jahr). — Bekanntlich sind Psychosen mehr Complicationen eines vorgerückten Alters.

Krusenstern (Petersburg).

---

248. **Dr. Rosenbluhm, Zur Kenntniss der Psychosen bei Malaria.** (Arbeiten aus dem Stadthospital in Odessa.)

Dr. Rosenbluhm hat an aus Bulgarien zurückgekehrten Soldaten seine Beobachtungen angestellt. Es werden 11 Krankengeschichten angegeben. Das Alter der betreffenden Patienten schwankte zwischen 25 und 30 Jahr; Alle haben an Malaria während der Kriegszeit gelitten, jedoch nicht in gleichem Grade. Die gewöhnliche psychische Erkrankung in Folge von Malaria bestand in primärer Melancholie (7 Fälle), in einem Fall acute maniacalische Störung, in zwei Fällen dementia paralytica; ein Fall betraf einen Patienten, der an Encephalitis chronica schon vordem krank war, in einem andern Fall war Patient Tabetiker.

Vorübergehende Excitationserscheinungen wurden häufiger beobachtet, sie waren meistens mit Temperaturerhöhung verbunden.

Der Krankheitsverlauf war bei Melancholikern grösstentheils hartnäckig. Fast in allen Fällen begannen die psychischen Krankheitserscheinungen während der Rückkehr auf dem Dampfboot oder sehr bald nach der Ankunft, was wohl auf durch das Schaukeln des Schiffes bedingte vermehrte Hirnanämie zu beziehen ist. Die psychischen Störungen bei Malaria aber überhaupt beruhen wahrscheinlich auf Veränderungen der Capillarendothelien des Gehirns und der Nervenelemente selbst; Verfasser stimmt betreffend seiner mikroskopischen Untersuchungen mit Dr. Afanassjeff überein (Virchows. Arch. 1881. B. 84. H. I.). Die Pigmentirung der Nervensubstanz spielt, nach Rosenbluhm, nur eine untergeordnete Rolle.

Chinin, Arsenik, Eisenpräparate wurden mit gutem Erfolge angewandt.

Krusenstern (Petersburg).

---

249. **Dr. Meyer** (Allershausen), **Zum Hitzeschlag.** (Aerztliches Intelligenzblatt Nr. 27 u. 28. 1881.)

Verf. bringt in der Einleitung zu seinem Aufsatz eine ausführliche Schilderung der Pathologie des Hitzeschlages mit Citaten aus der einschlägigen Literatur und geht dann mit dem Hinweis auf die Aetiologie des Sonnenstichs und Hitzeschlags als zweier schroff getrennter Erkrankungsformen zu seinen eigenen Beobachtungen über, die er während seiner 15jährigen Thätigkeit in A. gesammelt hat.

Es trat im Sommer 1873 und 1880 Hitzeschlag unter Erntearbeitern gehäuft auf. Im ersteren Jahre gingen (vom 28. Juni bis 11. Aug.) 106 Kranke zu, meist in Gruppen von je 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11—15 und in Intervallen von 0 bis mehreren Tagen aus 52 Ortschaften, im Sommer 1880 kamen innerhalb 71 Tagen (2. Juli bis 11. September) 108 Kranke in Behandlung (die meisten ebenfalls in Gruppen und in Intervallen) aus 31 Ortschaften.

Die höchste Zahl fällt im Jahre 1873 auf den 13. Juli mit einer Temp. von 22° C. Nachmittags bei grosser Luftschwüle und mittlerem Barometerstand von 317,3‴. Der Schwerpunkt im Jahre 1880 liegt auf dem 24. August (die Erntearbeiten waren verzögert durch den feuchten Sommer) mit einer Mittagstemperatur von 24° C. bei bedecktem Himmel und niedrigem Barometerstand.

Als Grundzug in der Meteoration zur Erntezeit ergibt sich aus den genauen dort angegebenen Beobachtungen der Charakter grosser Schwüle (Wärme, Feuchtigkeit, niederer Barometerstand, Schwäche der Luftströmung).

Das Geschlecht war ziemlich gleich betheiligt.

Disponirt erschienen meist Dienstboten, welche die Nacht in schlecht ventilirten Räumen (Pferdeställen, Dachkammern) zubringen mussten oder solche, die Tags vorher (Sonntag, Montag) Extravaganzen sich erlaubt hatten.

Im Jahre 1873 war das stadium prodomorum ein sehr kurzes, im Jahre 1880 dagegen ein protrahirtes.

Apoplectischer Insult trat nur 1 mal ein in Folge direkter Einwirkung der Sonnenstrahlen.

Das Irritationsstadium war bei den Fällen aus dem Jahre 1873 entschieden ausgeprägt und 1—2 Tage dauernd, im Jahre 1880 kam es eigentlich sofort zur Depression.

Aus der Schilderung des Krankheitsverlaufes (s. Krankengeschichten) ergibt sich die Unterscheidung in fieberlose leichte Fälle und fieberhafte Fälle verschiedener Intensität. Das Fieber war entweder continuirlich oder mit leicht remittirendem Typus, meist am 6. Tage kritisch abfallend.

Die schweren Fälle waren charakterisirt durch drohende Herzparalyse und Lungenödem.

Milz zeigte sich in allen Fällen aus dem Jahre 1880 geschwellt, oft bis zur auffallenden Grösse. Abschwellung war meist am 5. Tage bis zur Hälfte vollzogen.

Die Behandlung war meist gerichtet auf die Herabsetzung der Temperatur durch kaltes Getränk, kalte Begiessung des Kopfes, kalte Umschläge auf Kopf und Brust, Chinin subcutan; in anderen Fällen waren eher Reizmittel nothwendig (Rothwein, Campher subcutan).

Narcotica kamen nie zur Anwendung.

In prophylactischer Hinsicht empfiehlt sich Fürsorge für bessere Reinhaltung der Haut (Anregung der Hautthätigkeit durch morgendliche kalte Waschungen und Flussbäder) sowie bessere Sorge für Abkühlung und Lüftung der Schlafräume.

Seiffert (Würzburg).

---

250. **Dr. Beckler,** (prakt. Arzt in Fischen), **Encephalitischer Herd der Hirnrinde. Hemianaesthesie auf der entgegengesetzten Seite. Tod nach Convulsionen und Sopor.** (Aerztliches Intelligenz-Blatt Nr. 24. 1881.)

Ein früher gesunder Mann fühlt sich nach einer Pneumonie nicht mehr recht wohl, die Gemüthsstimmung verändert sich (zornig, unmuthig, reizbar, dazwischen gedrückt in der Stimmung), Schwäche, Stirnschmerz, fast beständig Schwindel.

Aussenseite der linken Extremitäten und der linken Rumpfhälfte anästhetisch, Gesicht und Hals hatten ihr normales Hautgefühl, diese Hemianaesthesie wird als Verschlafen- oder Pelzigsein mit Kribbeln, Kältegefühl geschildert.

Die nächsten 10 Tage nach der ersten ärztlichen Untersuchung Besserung der subjectiven Beschwerde mit Ausnahme der Hemianaesthesie.

Eines Nachts heftige Convulsionen, den Mund nach links verzogen, beide Pupillen starr und erweitert, Schaum vor dem Mund, Kiefer stark geschlossen, Zunge gegen die Zähne angepresst. Im Ganzen 10 solcher Anfälle von verschieden langer Dauer. Später Temperatursteigerungen, Beklopfen des Kopfes links empfindlicher als rechts. Am

10. Tage nach dem 1. Anfall somnolenter Zustand, Cheyne-Stockes'sche Respiration, Aphasie, 4 Tage nachher starke Delirien (Fluchtversuche). Nach 11 weiteren Tagen unter Zunahme des Sopors erfolgte der exitus lethalis.

Die Gehirn-Section ergab einen taubeneigrossen sclerotischen Herd von röthlicher Farbe mit einem stecknadelkopfgrossen Herd dicken grünlichen Eiters (in der Mitte), der seinen Sitz auf der medialen Fläche des gyrus frontalis superior hatte. Auf der linken Seite eitrige Infiltration der Arachnoidea, die übrigen Theile des Gehirns gesund.

Seifert (Würzburg).

251. **Dr. Dochmann, Ein Fall von Hysterie.** (Wratsch 1881. Nr. 10.)

Hysterie als eine Form der febris larvata gehört bekanntlich zu grossen Seltenheiten: Dochmann beobachtete bei einem 22jährigen, normal menstruirten Mädchen hysterische Anfälle, deren Ursache er in den Malariaerkrankungen sucht und zwar aus folgenden Gründen: Pat. hat früher an Malaria gelitten, die Anfälle waren regelmässig intermittirend, erheblicher Milztumor, Anschwellung der vergrösserten Milz während der Anfälle und eclatante Wirksamkeit des Chinins auf den ganzen Krankheitsverlauf.

An Malariafieber hat Pat. zum ersten Mal als 9jähriges Mädchen und später etwa vor 4 Jahren wieder gelitten; während letzter Krankheit trat als Complication eine neuralgia dentalis hinzu.

Anamnestisch wurde festgestellt: der erste Anfall von Hysterie trat plötzlich nach einem Spaziergang auf, ohne nachweisbare direkte Veranlassung und wiederholten sich allmählig häufiger, schliesslich kamen sie gar mehrere Mal an einem Tage (namentlich während der Menstruationsperiode) vor.

Als Pat. in die Klinik eintrat, wurden regelmässig jeden Tag um 8 Uhr Abends und Morgens 2 ausgesprochene, in der Zwischenzeit 1—2 leichtere Anfälle beobachtet; so soll es auch in letzter Zeit vor dem Eintritt gewesen sein.

Jedem Anfalle gingen deutliche Vorboten voraus: Herzpalpitation, Kopfweh und globus hystericus, dem ein Druck im linken Hypochondrium resp. von der vergrösserten Milz voranging. Bei Eintritt dieser Empfindung pflegte sie sich gewöhnlich ins Bett zu legen, ehe der Anfall noch stattfand und dann verlief der Anfall folgendermassen: Pat. rückwärts liegend, Füsse und Hände ausgestreckt, Augen geschlossen; Puls 130 bis 140; fortschreitende Respirationsfrequenz bis 60—80—100 in 1', darauf eine Minute dauernde vollständige Athempause, welcher zuerst langsame, später sich wieder beschleunigende Respiration folgt. — Bei jedem Exspirium gibt Pat. einen bestimmten Ton von sich, dessen Höhe mit der Frequenz der Athmung zunimmt. — In gleichem Rhythmus, wie die Respiration, führt Pat. Bewegungen (Wackelbewegungen) mit dem Kopf und bisweilen mit dem Becken aus.

Nach mehreren solchen Anfällen liegt Pat. einige Zeit ruhig, es zeigen sich nur Zuckungen in einzelnen Gesichtsmuskeln, namentlich um den Mund.

Jetzt folgt eine Periode sehr energischer Körperbewegungen: nach einigen Minuten ruhigen Verhaltens tritt ein tiefes Inspirium ein, Pat. öffnet die Augen, fasst den Kopf mit den Händen, richtet sich im Bett auf, bückt sich und wirft sich wieder auf das Kissen zurück; solche Bewegungen wiederholen sich rhythmisch mehrere Mal. Es kommt nicht selten vor, dass Pat. während dieser Periode weint, sich beklagt, zuweilen Fluchtversuche ausführt etc. Zwischen den einzelnen Bewegungen verhält sich Pat. ruhig und redet ununterbrochen irgend einen Satz, ihn mit verschiedener Intonation wiederholend, doch ist dabei die Reihenfolge der einzelnen Worte verschieden.

Meist schlief Pat. nun ein, bisweilen aber trat noch eine dritte Anfallphase ein, Pat. nahm allerhand leidenschaftliche Posen ein, lächelte, flüsterte leise vor sich hin etc.

Mit dem Schlaf ging der Anfall vorüber, der Schlaf ist von verschiedener Dauer, gewöhnlich ganz normal ruhig.

Pat. fühlte sich nach dem Schlaf ganz wohl.

In letzter Zeit wurde Pat. von 2—4 Anfällen täglich überfallen, die 20′ bis 2 Stunden dauerten.

Die erste Phase des hysterischen Anfalles (Respiratio apnoeae) blieb nie aus, dagegen traten die anderen Phasen nicht regelmässig ein, am häufigsten fehlte die dritte.

Gleich im Beginn des Anfalls war Pat. im Stande, ihn zu unterdrücken, doch war dann der nächstfolgende Anfall intensiver und von längerer Dauer.

Dochmann verordnete 12 grm Chloralhydrat-Kamphermischung, ein Mittel, welches Verf. mit Erfolg bei verschiedenen Nervenleiden gebraucht hatte; zugleich wandte er Chinin an (subcut. Injection von 5 bis 10 Tropfen Chinin. bimuriatici carbomidati, aq. destill. āā; später 0,3 grm Chinin, 2 Mal täglich per os.). Die hysterischen Anfälle schwanden ziemlich rasch; die zeitweilig auftretenden Kopfschmerzen gaben nach Anwendung einiger Dosen des Chloralhydratcamphers auch nach. —

Einige Wochen später, nachdem Pat. die Klinik verlassen hatte, überfielen sie ein Paar Fieberanfälle, welche mittelst grosser Dosen Chinins coupirt wurden.

Krusenstern (Petersburg).

---

252. **Dr. Bastelberger, Experimentelle Studien über Entartungsreaction.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 28, p. 562.)

Verf. unterzieht die von Vulpian aufgestellte Behauptung, dass die durch Verletzung motorischer Nerven beim Kaninchen erhaltenen Reactionsveränderungen in sehr inkonstanter Weise erfolgen, einer eingehenden Prüfung. Vulpian, der am blosgelegten Muskel experimen-

tirt hat, verwirft die durch perkutane Reizung erhaltenen Resultate vollständig. Goldschmidt hat gezeigt, dass Vulpian's wenig zahlreiche und unvollkommen angestellte Versuche keine weitergehenden Schlüsse gestatten, konnte jedoch ebenfalls am blosgelegten Muskel weder die Steigerung der galvanischen noch das Fehlen der faradischen Erregbarkeit nachweisen. B. hat nun, von der Vermuthung ausgehend dass diese überraschenden Ergebnisse die Folge einer Beeinträchtigung der Muskelirritabilität durch die Art der von Goldschmidt angewendeten Elektroden seien, seine Versuche mit unpolarisirbaren Elektroden angestellt. Nach Durchschneidung des L. N. ischiadicus an Kaninchen wurden Muskel (Gastrocnemius) und Nerv der einzelnen Thiere in Zeiträumen vom 3.—80. Tage nach der Operation auf der gesunden wie auf der operirten Seite erst perkutan, dann in blosgelegtem Zustande auf ihre elektrische Erregbarkeit geprüft. Die genauere Methode der Operation etc. der elektrischen Prüfung ist im Original nachzusehen. Auf die blosgelegten Nerven wurden Fleischel'sche Pinselelektroden, auf die entblössten Muskel Du Bois'sche Stiefelelektroden applicirt (beide unpolarisirbar). Nach 12 in dieser Weise angestellten Versuchen konnte B. das von Leegaard bei Kaninchen ausnahmslos gefundene normale (für den Menschen gültige) Zuckungsgesetz nicht ohne Ausnahme, aber in den meisten Fällen bestätigen. So trat einmal am gesunden Beine, sowohl am bedeckten als auch am freigelegten Muskel die ASZ vor der KSZ auf und war grösser als die letztere; in einem anderen Falle stellte sich am nackten Muskel zuerst ASZ ein, während bei der Untersuchung durch die Haut normaler Weise die KSZ voraufging. Die Erklärung dieser Anomalie, welche auch Goldschmidt zwei Mal gefunden, kann nicht in der Versuchsanordnung gesucht werden. B. bespricht nun die einzelnen Punkte der typischen Entartungsreaction mit Bezug auf seine Versuchsreihe. 1. Herabsetzung bis Erlöschen der faradischen Erregbarkeit des Muskels. Es fand sich: Reaktion auf der gesunden Seite bei einer relativ geringen Stromstärke; auf der operirten Seite dagegen selbst bei Anwendung stärkster Ströme, welche durch Stromschleifen die umliegenden Muskel erregen, keine Zuckung und am blosgelegten Muskel nur ganz schwache auf die Gegend der Elektrode beschränkte fibrilläre Zuckungen. 2. Steigerung der galvanischen Erregbarkeit des Muskels. Diese wurde konstatirt innerhalb der Zeit vom 3.—58. Tag, während sich am 72. und 80. Tage eine Abnahme der Erregbarkeit auf der gelähmten Seite herausstellte. Die Steigerung der galvanischen Erregbarkeit erwies sich aber als individuell sehr verschieden und fehlte in einem Falle vollständig. 3. Ueberwiegen der ASZ zeigte sich ebenfalls konsequent durch alle Versuche an dem operirten Bein, sowohl bei perkutaner als bei Untersuchung des entblössten Muskels. Die zur Erzielung der verschiedenen Zuckungen erforderlichen Stromstärken lagen sehr nahe bei einander; auch die KOZ war sehr leicht zu erhalten. Vom Nerven aus konnte selbst bei Anwendung stärkster faradischer wie galvanischer Ströme keine Reaktion, weder perkutan noch nach Freilegung des Nerven erzielt werden. In einigen Fällen war dagegen in dem centralen Stücke die sensible Leitung noch erhalten.

Die Behauptung Vulpian's, dass die Entartungsreaktion sich am blosgelegten Nerven und Muskel nicht nachweisen lasse, ist demgemäss unrichtig. Es besteht zwischen dem elektrischen Verhalten des bedeckten und des blosgelegten Muskels kein anderer Unterschied als „der durch den Leitungswiderstand der Haut und durch die eventuelle Trennung des natürlichen Zusammenhangs des Muskels mit den Nachbargebilden und dadurch veränderte Stromleitung bedingte".

Stintzing (München).

---

253. **John Campbell Graham, Ein neues specifisches regulatorisches Nervensystem des Athemcentrums.** Vorläufige Mittheilung. (Pflüger's Archiv. Bd. XXV.)

Bei einer auf Pflüger's Veranlassung unternommenen Untersuchung der reflektorischen Funktionen der Eingeweidenerven, fand Verfasser, dass nicht allein, wie bisher angenommen, sensibele Aeste des Vagus einen eminenten regulatorischen Einfluss auf die Mechanik der Athembewegungen haben, sondern, dass auch in der Abdominalhöhle sich sensibele Fasern verbreiten, von analoger Funktion wie die entsprechenden Fasern der Vagi und mit diesen das regulatorische Athemnervensystem der Pleuraperitonealhöhle darstellen.

Folgendes sind die Versuche:

Präparirt man beim Kaninchen nach Eröffnung der Abdominalhöhle ohne Eröffnung des Thorax unter dem Diaphragma ein möglichst langes Stück des nervus splanchnicus frei, was am leichtesten auf der linken Seite ausführbar ist, schneidet es durch und legt den centralen Stumpf auf die Bleche der stromzuführenden Vorrichtung, so steht die Athmung jedesmal im Zustande der Exspiration still, sobald nach geöffnetem Tetanisirschlüssel die Ströme des Schlittenmagnetelektromotors in den Nerven einbrechen. Das Diaphragma geht in eine starke Exspirationsstellung — also Erschlaffung über, die Bauchmuskeln als Exspiratoren gerathen in heftige Contraktion.

Wenn der Nerv durchschnitten und wieder zusammengeklebt oder durch einen feuchten Faden ersetzt wird, gelingt der Versuch nicht mehr. Der Versuch gelingt auch, wenn die beiden Vagi und Sympathici am Halse durchschnitten sind. Bemerkenswerth ist, dass nach dieser Operation der Erfolg noch viel prägnanter ist, was theilweise seinen Grund in der verringerten Frequenz und vermehrten Tiefe der Athemzüge hat. Beginnt der Reiz während das Zwerchfell in exspiratorischer Stellung ist, so bleibt es da stehen; beginnt er während es in Inspiration begriffen ist, so kehrt es sofort in tiefste Exspirationsstellung zurück. Lässt man die reizenden Ströme im Splanchnicus allmählich anwachsen nach Durchschneidung der Vagi am Halse, so vermindert sich erst die Zahl der Athemzüge; bei weiterer Steigerung der Induktionsströme steht die Athmung in Exspiration still.

Dieser Versuch ist so sicher wie der berühmte Traube'sche Vagus-Versuch, und eignet sich vorzüglich, um in Vorlesungen gezeigt zu werden, da er nie versagt.

Nach Durchschneidung der Medulla oblongata in ihrem vordersten Theile, so dass der Zusammenhang des Gehirns mit der Medulla oblongata und spinalis aufgehoben ist, wirken die gereizten Splanchnici unverändert weiter und erzeugen Respirationsstillstand im Zustande der Exspiration.

Nach Durchschneidung der Medulla spinalis zwischen dem 11. und 12. Dorsalwirbel bleibt der Erfolg der Splanchnicusreizung ebenso bestehen.

Nach Durchschneidung der Medulla spinalis zwischen dem 4. und 5. Dorsalwirbel hat die Reizung der Splanchnici ihren Effekt verloren.

Die Reizung des centralen Splanchnicus-Endes hat die gleiche Wirkung, wenn sich das Thier im Zustande der Dyspnoe oder Apnoe befindet.

Kochs.

---

254. **Gerhardt, Lungenphthise, tuberkulöse Geschwüre des Magens und Darmes, heilendes tuberkulöses Geschwür des Kehlkopfs, schrumpfende, linksseitige Pleuritis, Pneumopericardie.** (Verhandl. der physik. med. Gesellschaft, Würzburg 1881.)

Bei einem hereditär nicht belasteten Manne von ursprünglich äusserst kräftiger Constitution entwickelten sich in verhältnissmässig kurzer Zeit eine Reihe beachtenswerther Krankheitssymptome.

Der Mann, früher luetisch inficirt, Alkoholiker, bot seit 2 Jahren mehrfache Erscheinungen rasch fortschreitender Lungenphthise mit in den Vordergrund tretenden Symptomen von Seiten der Larynx.

Während seines letzten Spitalaufenthaltes traten plötzlich bei nicht ungewöhnlichen Bewegungen Erscheinungen auf, wie sie das Entstehen eines Pneumothorax zu begleiten pflegen.

Bei der Untersuchung fand sich Verschwundensein der Herzdämpfung, an deren Stelle tief tympanitischer Percussionsschall. Die Diagnose konnte schwanken zwischen abgesackten Pneumothorax und Pneumopericardie, die Section bestätigte letztere Annahme.

Die Larynxaffection von Anfang stark ausgeprägt, bestand in einem tiefen Längsriss mit aufgeworfenen, abstehenden, papillenartig emporstehenden Rändern — eine Form, wie sie besonders bei Phthise sich findet, die sich auf „spirituös-luetischem Boden“ entwickelt hat.

Durch antiluetische Behandlung wurde kein Erfolg erzielt, dagegen war die von A. Schmitt in Frankfurt angegebene Behandlungsweise — tiefe Incissionen, Inhalationen von benzoesaurem Natron, Balsam. peruvian. — von auffallend günstigem Erfolg: es war bei der Section ein fast geheiltes Geschwür. Für die Beurtheilung des Heilerfolgs führt Verfasser unter anderen folgende Erklärung an: Bei alter Lues entwickelt sich Phthise mit frühzeitiger Ulceration an der hintern Kehlkopfwand — frühzeitig Jod — Quecksilberbehandlung heilt beide. — Der eigentliche tuberkulose Process tritt hinzu früher in Lunge als Kehlkopf, die Larynxerkrankung behält noch ihre Heilbarkeit durch Antiluetica, jene verlor sie, später ist auch die Kehlkopferkrankung

nicht mehr durch Antiluetica heilbar, aber sie bleibt noch für die Behandlung tuberkulöser Geschwüre ein günstigeres Heilobject, als solche ohne luetischen Ursprung. Von diesem Gesichtspunkt aus hält Verfasser die Heilung nicht für ganz unabhängig von dem ursprünglichen luetischen Character.

Hauptinteresse in dem Falle bietet noch die Pneumopericardie: Die Entstehungssymptome waren ähnliche wie bei Pneumothorax, doch viel heftigere Athemsnoth, Collaps, Erbrechen bezeichnet Verf. als durch den respir. Druck der Luftblase auf das Herz hervorgebracht. Das Fehlen einer ganzen der Pneumopericardie zukommenden Symptomengruppe erklärt Autor durch die Kleinheit der eingetretenen Luftblase, das Fehlen besonders der metallischen Phaenomene durch die flache Form derselben.

Neidert (Würzburg).

---

255. **Dr. Seiler, Ascites im kindlichen Alter.** (Berliner klin. Wochenschrift No 26. 1881.).

Verf. berichtet über eine 13jährige Patientin, die von gesunden Eltern stammt, und deren Geschwister gesund sind. Im Alter von 2 Jahren hatte sie Masern und „Nervenfieber“, im Alter von 6 Jahren eine Gehirnentzündung, von der jedoch nichts Genaueres bekannt ist. Vor 2 Jahren erkrankte sie an Lungenentzündung. Bis vor 2 Jahren wurde sie sehr häufig, und ohne dass sie einen Grund anzugeben weiss, von Unwohlsein befallen, das jedoch in längstens 24 Stunden ohne Behandlung wieder wich. Mitte Juni v. J. wurde sie geimpft. Im Februar dieses Jahres begann sie ein Anschwellen des Unterleibs zu bemerken. Am 8. Juni wurde die P. in die Diaconissenanstalt zu Dresden aufgenommen. Die Kranke ist von schlankem Körperbau, Hautfarbe blass, Knochenbau gracil, der Unterleib ist stark aufgetrieben. — Ascites. Leber lässt sich nicht abgrenzen. Kein Anasarca. 11. Juni Punktion; es werden 4½ Liter seröser hellgelblicher, stark eiweisshaltiger Flüssigkeit entleert. Am 25/6. ist die Leber als ein bis in die mittlere Bauchgegend unter den Rippen hervorragender Tumor zu fühlen. — Medication: Ung. hydrarg. ciner. in den Bauch einzureiben, Priessnitz'sche Umschläge während des halben Tages, Jodkali innerlich. Am 10. Juli erscheint die Leber um 3 Querfinger verkleinert. Die bisherige Medication wird aufgegeben, statt derselben liqu. ferri sesquichl. Jodkali des Morgens. Am 23/7., also nach 6 Wochen, verlässt die P. als geheilt die Anstalt. Sodann rekapitulirt der Verf. einen anderen Fall (Jahresb. d. Ges. für Natur- u. Heilk. 1877/78). Ida W., 4 Jahre alt, am 10. Dec. 1868 litt an einem enormen Ascites. Am 12. Dec. wurden 2—3 Liter eines weisslich opalisirenden Serums entleert. Die Leber zugleich als enormer bis an die spina ossis ilei reichender Tumor. Medication wie oben. Ende Januar 2. Punktion. — Die Behandlung wurde 2 Monate fortgesetzt, dann roborirend verfahren. Am 18. August wurde das Kind gesund entlassen, die Leber reichte jedoch noch bis unterhalb der Nabellinie. Als Verf. 1877 das nunmehr 13jährige

Mädchen wieder sah, war von der früheren Krankheit nichts mehr zu bemerken, die Leber war vollkommen normal. Hierzu kommen noch 2 Fälle eines 7jährigen und eines 15jährigen Mädchens. Verfasser lässt täglich Ung. hydrarg. ciner. dil. à 2,0 in den Unterleib einreiben, 12 Stunden tägl. Priessnitz'sche Umschläge machen, Jodkali 1,0 täglich verabreichen. Die Kur wurde 30—40 Tage fortgesetzt und nachher liquor ferri sesquichlorati (11 : 150 in 3 Tagen zu verabreichen) verordnet.

Die Schlussfolgerungen des Verf. sind: 1) Der einfache Ascites im kindlichen Alter beruht, sobald Tuberkulose ausgeschlossen, immer auf Hepatitis syphilitica diffusa oder circumscripta gummosa, auch in solchen Fällen, wo sonstige Zeichen einer syphilitischen Erkrankung fehlen. Die bisher bekannten Fälle gehören in die Kategorie der Syphilis hereditaria tarda.

2) Derselbe ist immer durch Quecksilber oder Jod oder durch Combination dieser Heilmittel heilbar.

Die einzige andere Möglichkeit ist die, dass im kindlichen Alter eine heilbare einfache hypertrophische Lebercirrhose vorkommt.

Kohts (Strassburg).

---

256. **Rumler, Ueber Myxom und Schleimgewebe.** (Inauguraldissertation, Bonn 1881.)

Die von Virchow eingeführte Trennung der Myxome von den übrigen Geschwülsten fand rasch allseitigen Beifall seitens der Pathologen und Kliniker. Das unterscheidende Merkmal jener Schleimgeschwülste war weniger die histologische Beschaffenheit, die von der des übrigen Bindegewebes nur unwesentlich abweichen sollte, als die chemische Zusammensetzung. Es sollte sich nämlich das Myxom von den anderen Bindegewebsgeschwülsten durch den Gehalt seiner Grundsubstanz an Mucin unterscheiden. Aber einerseits wurde von den Histologen immer wieder die histologische Gleichheit des Schleim- und Bindegewebes betont und andererseits gewann allmählich die Ansicht an Boden, dass beide Gewebe Mucin enthalten. Letztere Vorstellung wurde besonders durch Eichwald und Kühne verfolgt und zu dem Resultat durchgeführt, dass fast sämmtliche thierischen Gewebe Mucin enthalten. Damit musste aber die Unterscheidung zwischen Schleim- und Bindegewebe fallen. Es fragte sich nur noch, ob nicht das sogenannte Myxom weit mehr Mucin enthalte als das übrige Bindegewebe und ob unter pathologischen Verhältnissen jene Trennung aufrecht zu erhalten sei. Verf. untersuchte zur Entscheidung der Frage zunächst ein Prototyp des Schleimgewebes, die Nabelschnur, für welche Koester nachgewiesen hatte, dass sie histologisch keineswegs zur Kategorie des Schleimgewebes gehöre. Er fand bei Analysirung derselben nur höchst geringe Mengen Mucin. Die gallertige Beschaffenheit der Nabelschnur ist nur zwischen den Windungseinschnürungen vorhanden und muss dieselbe erklärt werden durch oedematöse Durchtränkung in Folge behinderter Circulation. Auch die gallertige Degeneration des epicardia-

len Fettgewebes ist nicht einer Zunahme des Mucins zuzuschreiben. Dieselbe kommt zu Stande durch Schwund des Fettes unter dem Drucke von Stauungsoedem. Letzteres erklärt sich durch das Vorkommen der gallertigen Degeneration bei marastischen Individuen mit geringer Herzkraft und kann die Stauung erschlossen werden einmal aus der starken Füllung der Capillaren und Venen, sodann aus der bräunlichen Färbung des Gallertgewebes, die aus Auflösung von ausgetretenen rothen Blutkörperchen resultirt. Ganz ähnlich erklärt sich das Gallertknochenmark, dessen Mucingehalt ebenfalls ein höchst geringer ist. Auch bei der Blasenmole legt die mikroscopische Untersuchung den grossen Antheil der Blutstauung bei der Ausbildung der Geschwulst nahe, die ja aus einzelnen mit dünnen Stielen zusammenhängenden Beeren besteht. Der Zug der letzteren bewirkt leicht eine Verengerung des Stieles und venöse Stauung. Gscheidlen konnte in den Blasenmolen nicht mehr Mucin nachweisen als in sonstigem Gewebe vorkommt. Ganz gleiche Resultate ergab die Untersuchung der Wasserpolypen die nur aus oedematösem lockerem Bindegewebe bestehen und bei denen eine oedematöse Durchtränkung sich leicht durch Zerrung der Geschwulst an ihrem Stiele erklärt. Virchow hält das Schleimgewebe für junges Fettgewebe und nahm die erste Veranlassung zur Aufstellung der Schleimgeschwülste aus der Beobachtung eines Lipo-myxoms des Oberschenkels. Aber diese Geschwulst lässt sich gegen Virchow verwerthen, denn es waren gallertig jene Theile, die von der Hauptgeschwulst bis auf einen Stiel abgeschnürt waren. Es lässt sich diese Erscheinung sehr gut erklären durch venöse Stauung in dem abgeschnürten Lappen, die dadurch veranlasste oedematöse Durchtränkung und den ebenfalls daraus resultirenden Schwund des Fettes. Ganz so war es in einer vom Verf. untersuchten grossen Geschwulst der Bauchhöhle, ebenfalls einem Lipo-myxom, bei welchem auch die Hauptmasse Lipom, die peripher gelegenen Abschnitte, die mit jener nur durch dünne Stiele zusammenhängen, aber sogenanntes Myxom waren. Es ergab sich nun, dass einmal histologisch der Schwund des Fettes deutlich verfolgt werden konnte und dass andererseits der Mucingehalt ein äusserst geringer war. Also auch hier liegt die Erklärung so, dass ganz wie bei den bisher genannten Geweben und Geschwülsten eine venöse Stauung, in diesem Falle wie bei der Blasenmole und den Wasserpolypen durch die Zerrungscompression des Stieles der Geschwulst veranlasst, eine oedematöse Anschwellung und einen Schwund des Fettes bewirkt hatte.

Ribbert.

---

257. **S. Tubini, Influenza di alcuni alcaloidi dell' oppio sulla quantità di urea, emessa colle urine.** Ueber den Einfluss einiger Alkaloide des Opiums auf die Menge des mit dem Urin entleerten Harnstoffs. (Annali univ. di med. e chir. 1881. Heft 5.)

F. hat seine Experimente an Menschen, Hunden, Kaninchen, Meerschweinchen und weissen Mäusen in der Weise angestellt, dass er

die salzsaure Verbindung der betreffenden Alkaloide subcutan injicirte, nachdem die Versuchsobjecte mehrere Tage hindurch eine der Quantität und Qualität nach bestimmte und bei allen Versuchen gleiche Nahrungsmenge zu sich genommen hatten, und während dieser Zeit täglich die mit dem Urin entleerte Harnstoffmenge bestimmt worden war. Natürlich wurde auch während der Dauer des Versuchs genau die gleiche Nahrung gereicht. Seine Resultate sind folgende.

Morphin (Dosis 1 cgr für Mensch, Hund und Kaninchen, 5 mgr für Meerschweinchen und Maus) vermehrte bei Mensch und Maus die Harnstoffmenge im Verhältniss von 100 : 103 resp. 100 : 108; bei den übrigen Thieren trat eine Verminderung ein, am stärksten beim Hunde 100 : 78. Auch die CO_2ausscheidung war bei den Versuchsthieren entsprechend vermehrt oder vermindert.

Codein (Dosis wie oben) hatte Vermehrung des Harnstoffs beim Menschen (100 : 123), Verminderung bei den Thieren (am stärksten beim Kaninchen 100 : 70) zur Folge. Auch hier entsprechende Verminderung der CO_2ausscheidung bei den Thieren.

Narcein (Dosis wie oben) vermehrte die Harnstoffausscheidung beim Menschen (100 : 116), verminderte sie, ebenso wie die CO_2ausscheidung bei den Thieren.

Narcotin (dieselbe Dosis) brachte mässige Vermehrung des Harnstoffs beim Menschen (100 : 103), stärkere beim Kaninchen und Meerschweinchen (100 : 114 resp. 137), Verminderung bei den andern Versuchsthieren hervor.

Papaverin (dieselbe Dosis) verursachte Vermehrung der Harnstoffausscheidung beim Menschen und Hunde 100 : 119 resp. 117), Verminderung bei den übrigen Thieren.

Thebaïn (Dosis 1 cgr für Mensch und Hund, 5 mgr für Kaninchen und 3 mgr für Meerschweinchen und Maus) hatte Vermehrung der Harnstoffausscheidung bei allen Versuchsobjecten zur Folge, am stärksten beim Meerschweinchen (100 : 143), bei Menschen im Verhältniss von 100 : 121.

Brockhaus (Godesberg).

---

258. **L. Lewin und O. Rosenthal, Das Verhalten des Chrysarobins bei äusserlicher und innerlicher Anwendung.** (Virchows Archiv 1881. Bd. 85.)

Die Verf. stellten sich die Aufgabe, nachzuweisen, in welcher Form in den Thierkörper eingeführter Chrysarobin den Organismus wieder verlässt. Das zu den Versuchen zu verwendende Chrysarobin stellten L. und R. selbst aus Ararobapulver dar durch Extrahiren mit heissem Benzol und wiederholtes Umkrystallisiren des so gewonnenen Produktes aus Eisessig. Das Präparat wurde an Kaninchen verfüttert in der Weise, dass es mit Brodkrumen zu Pillen geformt wurde. Der Harn so behandelter Thiere färbte sich bei Zusatz von Alkali oder auch, wenn er durch Selbstzersetzung alkalisch geworden, dunkelroth.

Die gleiche Reaction lieferte ein wässeriger Auszug der Faeces. Es deutet dieselbe auf die Anwesenheit von Chrysophansäure hin. Sie wurde noch deutlicher constatirt, wenn der Harn der mit Chrysarobin gefütterten Thiere im Wasserbad eingedampft und dann mit Benzol ausgezogen wurde. Wurde das von dem Harn abgehobene, fast farblose Benzol darauf mit Natronlauge versetzt, so entstand an der Berührungsfläche beider Flüssigkeiten eine deutliche, violettrothe Zone, die allmählig sich dunkler färbte.

Wurde die Fütterung einige Tage hindurch am selben Thier fortgesetzt, so wurde unter Abnahme der Fresslust der Harn bluthaltig. Noch 10 Tage nach der letzten Dosirung liess sich Blut und Chrysophansäure nachweisen.

Es folgt aus diesen Beobachtungen, dass das Chrysarobin innerhalb des Körpers diejenigen Bedingungen findet, die nöthig sind, um dasselbe zu Chrysophansäure zu oxydiren, ein Vorgang, der ausserhalb des Organismus unter Anwendung oxydirender Substanzen in der Weise verläuft, dass unter Sauerstoffaufnahme das Chrysarobin in Chrysophansäure und Wasser umgesetzt wird.

Da bei Versuchen, die früher schon von Schroff und Buchheim mit Chrysophansäure angestellt wurden, keine toxischen Wirkungen beobachtet wurden, so führen L. und R. die Hämaturie auf das mit der Chrysophansäure gleichzeitig ausgeschiedene Chrysarobin zurück, gestützt auf die Erfahrung, dass dieser Körper reizende Eigenschaften besitzt. Diese bedingen, wenn das Chrysarobin, zumal in grösseren Dosen, gegeben wird, katarrhalische Zustände der Magendarmschleimhaut mit dem dieselben begleitenden Erbrechen und Durchfall.

Die zweite Frage war die: Wird das Chrysarobin von der gesunden Haut aus resorbirt? Den Nachweis für die Realität dieses Vorgangs zu führen gelang an Kaninchen, denen eine Salbe von Chrysarobin 2,0 in Axungia porci 30,0 auf von den Haaren befreite Körperstellen aufgestrichen wurde. Die Haut färbte sich dabei braunroth, 4 Tage nach der ersten Einreibung, die täglich wiederholt wurde, gab der Harn mit Natronlauge die Reaction der Chrysophansäure. Im weitern Verlauf des Versuchs wurde der Harn eiweisshaltig, am 7. Tage nach der letzten Einreibung starb das stark abgemagerte Thier. Die Section ergab nun eine leichte parenchymatöse Entzündung beider Nieren.

L. und R. kommen demgemäss zu dem Schlusse, dass das Chrysarobin von der gesunden Haut resorbirt wird, zum Theil im Körper sich oxydirt, zum Theil aber unverändert in die Nieren gelangt und dort seine Reizwirkung äussert. Es folgt daraus, dass auch beim Menschen bei äusserer Behandlung mit Chrysarobin die Möglichkeit des Eiweissaustrittes mit dem Harn wohl zu berücksichtigen ist.

Schulz.

259. **Dr. Dochmann, Ueber die Wirkung des Chloralhydrat-Kamphers.** (Prot. des Aerztlichen Vereins in Kasan. September 1880.)

Verfasser beobachtete, dass Kaninchen unter dem Einflusse einer Mischung von Campher und Chloralhydrat (ana) in kataleptischen Zustand verfallen, der bei kleinen Dosen dieser Mischung mehrere Stunden anhält, wobei aber Reize noch ausgelöst werden. Grössere Dosen rufen einen an Chloroformnarcose erinnernden Zustand hervor.

Die Dosen sind; 0,25 bis 1,5 ccm subcutaner Injectionsmasse.

Krusenstern (Petersburg).

---

260. **Dr. Korn** (Berlin), **Chloralhydrat in der Lokalbehandlung der Diphtherie.** (Deutsche medicin. Wochenschr. 1881. Nr. 22.)

Je nach dem Alter der Patienten, der Ausdehnung und Intensität der örtlichen Affection bedient Verfasser, sich einer 15—30 procentigen Chloralhydratlösung in Glycerin. Das Glycerin verbessert den schlechten Geschmack des Chlorals und unterstützt dessen antiseptische Wirkung. Wenn die Lösung nicht zu concentrirt ist, darf man dreist den ganzen Pharynx damit bepinseln.

Rokitansky, welcher eine 50%ige Lösung anwandte, hat selbst in dieser Lösung keinen nachtheiligen Einfluss auf das gesunde Gewebe beobachtet. Die Pinselungen müssen in der ersten Zeit 2 stündlich geschehen, und zwar darf der Pinsel nicht zu stark angedrückt werden, damit keine blutenden Stellen entstehen; doch hat Verfasser niemals gesehen, dass verletzte oder leicht blutende Stellen neue Herde für Einlagerungen geworden waren; statt des weichen Haarpinsels kann man in Fällen, wo die Einlagerung tief und begrenzt ist, ein an der Spitze weich umhülltes Stäbchen nehmen.

Bei dieser Behandlung schwanden die Einlagerungen auch in den schwersten Fällen nach 3—4 Tagen. Sobald normales Gewebe zum Vorschein kommt, müssen die Pinselungen ausgesetzt werden.

Chloralhydrat ist deshalb als lokale Behandlung sehr zu empfehlen:

1. weil es den Krankheitsprocess auf seinen ursprünglichen Sitz beschränkt, indem es tief in das submuköse Gewebe eindringt, ohne einen entzündlichen Reiz in der Umgebung zu verursachen;
2. weil es den Schmerz und die Schluckbeschwerden lindert.

Kohts (Strassburg).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. **9. August.** **Nro. 19.**

261. Bouley, De la vaccination contre le charbon symptomatique.

Impfung gegen Milzbrand. (Comptes rendus. T. XCII. Nr. 24.)

Verf. berichtet die Resultate, welche Arloing, Cornedin und Thomas bei der Vaccination einer grösseren Anzahl von Thieren mit dem Gifte des symptomatischen Milzbrands — einer Abart des echten Milzbrands — erhalten haben. Ueber die Methode der Vaccination und über die Erklärung des Zustandekommens der Infection sind schon früher Mittheilungen gemacht worden (Referat s. diese Zeitschr.).

Es wurden zwei Versuchsreihen angestellt. Die erste hatte den Zweck zu zeigen, dass durch die Vaccination überhaupt Immunität gegen spätere Impfungen erzielt wurde.

1. Ein vor 14 Monaten mittelst intravenöser Injection geimpftes Kalb erhielt 1 ccm von sehr giftiger, aus einer Milzbrandbeule stammender Flüssigkeit in den Schenkel injicirt, — es traten weder locale noch allgemeine Folgen auf.

2. Dasselbe bei einem vor 11 Monaten mittelst intravenöser Injection geimpften Kalbe.

3. Ein 16 Tage altes Kalb, dessen Mutter sechs Monate vor dem Ende der Schwangerschaft, ebenfalls intravenös, geimpft worden war, erhielt eine Injection von 0,5 ccm Gift in den Schenkel, — keine Vergiftungserscheinungen.

4. Dasselbe bei einem vor 15 Tagen intratracheal geimpften Schafe, — das Thier blieb gesund.

Dagegen erlag ein vorher nicht geimpfter Schafbock, dem ebenso wie den obengenannten Thieren 0,5 ccm des Giftes in den Schenkel injicirt worden waren, schon 2 Tage darauf der Vergiftung.

In der zweiten Versuchsreihe wurden an verschiedenen anderen Thieren (Schwein, Ratte, Hund, Kaninchen) subcutane und intramuskuläre Impfungen mit demselben Gifte gemacht, aber ohne Effect; es giebt also Thierspecies, welche von Natur gegen den symptomatischen Milzbrand resistent siad.

Verf. bespricht ferner den Unterschied zwischen der von Arloing, Cornedin und Thomas geübten Methode der Vaccination gegen symptomatischen Milzbrand und der von Pasteur gegen den echten Milzbrand geübten. Bei der letztern Methode wird das abgeschwächte Gift angewandt, bei ersterer das natürliche, dessen allzu energische Wirkungen jedoch durch die Art der Application abgeschwächt werden: das Gift wird mitten in den Blutstrom eingeführt, und hier finden die Mikroorganismen — wohl wegen der Concurrenz der Blutkörperchen — keinen günstigen Boden für ihre Entwickelung. So verschieden aber beide Methoden sind, das Resultat — Immunität — ist das gleiche.

Lüderitz (Jena).

---

262. **Pasteur, Chamberland** und **Roux, Compte rendu sommaire des expériences faites à Pouilly-le-Fort, près Melun, sur la vaccination charbonneuse.** Kurze Mittheilung über die zu Pouilly-le-Fort, bei Melun gemachten Versuche über Milzbrand. (Comptes rendus T. XCII. Nr. 24.)

Auf Vorschlag der Société d'Agriculture de Melun machten die Verfasser an einer grösseren Anzahl von Thieren folgende Versuche über prophylactische Milzbrandimpfung.

Am 5. Mai 1881 wurden 24 Hammel, 1 Ziege und 6 Kühe mit je 5 Tropfen eines abgeschwächten Milzbrandgiftes mittelst Pravaz'scher Spitze geimpft. Am 31. Mai geschah an ebendenselben Thieren sowie an 24 gesunden Hammeln, 1 Ziege und 4 Kühen die Inoculation mit echtem sehr virulentem Milzbrandgift. Zwei Tage später ergab sich: die vaccinirten Thiere, sowohl Hammel als Ziegen und Kühe, sämmtlich ohne Zeichen von Erkrankung; von den nicht vaccinirten waren bereits 22 an Milzbrand gestorben, drei andere starben im Laufe des Tages. Nur die Rinder überstanden die Krankheit, sämmtliche (nicht vaccinirte) zeigten jedoch ausgedehnte Anschwellungen um die

Impfstelle herum und eine Erhöhung der Körpertemperatur bis zu 3 Grad. Schon früher hatten die Verf. gefunden, dass Rinder sich gegen Milzbrand resistenter verhalten als Haemmel.

Am 3. Juni starb eines von den vaccinirten Schafen, es war trächtig gewesen, und nach dem Urtheil der Thierärzte hatte der Tod des Foetus den Tod der Mutter herbeigeführt.

In der Vaccine — Virus des Milzbrandes besässen wir somit ein Mittel, das gegen Milzbrand immun macht, und dessen Infectiosität wir nach Belieben graduiren können.

In dem Programm, das der Ausführung dieser Versuche zu Grunde lag, befinden sich noch folgende Paragraphen:

„Die Hammel, die an Milzbrand gestorben sind, sollen auf einem eingehegten Platze neben einander in besonderen Gruben begraben werden;

„Im Mai 1882 werden auf diesen Platz 25 neue Hammel gebracht, und diese werden sich dann inficiren mit den Milzbrandkeimen, welche inzwischen durch die Regenwürmer auf die Oberfläche des Bodens gebracht sind;

„In einer dicht daneben befindlichen Umzäumung wird eine zweite Anzahl von 25 Hammeln untergebracht, und von diesen wird keiner sich mit Milzbrand inficiren“.

Lüderitz (Jena).

263. **Dr. Wisozjky, Beobachtungen über larvirte Wechselfieber.** (Dnewnik obsteschtwa kasanskieh wratschej 1881. Nr. 4.)

Verf. beobachtete zwei Fälle von intermittirender Angina (einmal an sich selbst). Es traten täglich ein regelmässig gegen 7 Uhr Abends objective Symptome einer acuten catarrhalischen Angina mit Schmerzen und Trockenheitsempfindungen im Rachen. Am Tage war der Rachen frei. Nach einer grossen Chinindose (Ij) schwand diese eigenthümliche Erkrankung vollständig. Im zweiten Fall schwanden die leichten Anginaerscheinungen während des Tages aber nicht, nur die Schlingbeschwerden liessen nach. Die in den ersten 6 Tagen angewandte locale Behandlung war erfolglos, die Krankheit wurde bald nach einigen Chinindosen geheilt. — Eine sonst gesunde Frau, welche bis dato nie an Hysterie gelitten hatte, bekam zwei Tage nacheinander Empfindungen des globus hystericus, Schluchzanfälle, Druckempfindungen in der Scheitelgegend; dabei keine Temperatursteigerung. Die hysterischen Anfälle kehrten nach einer mässigen Chinindose nicht wieder.

Schliesslich sind Dr. Wysotzky nicht selten Quotidian-, seltener Tertiananfälle vorgekommen, welche in heftigen Ohrenschmerzen bestanden, die 2 bis 8 Stunden andauerten; diese Fälle betrafen Patienten sowohl mit gesunden, als auch mit kranken Ohren. Bei Letzteren waren sonst keine weiteren Veränderungen weder im äusseren, noch im mittleren Ohre nachzuweisen; in der Apyrexie wurden keine Schmerzempfindungen in den Ohren wahrgenommen. Chinin war in solchen

Fällen von Otalgie wirkungslos, wie es auch bei andern Neuralgien oft vorkommt; tinctura eucalypti globuli dagegen hat sich in 80 Fällen gut bewährt; Verfasser giebt von dieser 3 Theelöffel in $^1/_2$ Spitzglas Wasser dreimal täglich.

Krusenstern (Petersburg).

---

264. **Dr. Bogomoletz, Einige Worte über die Recurrensepidemie 1879—1880 in Kostroma.** (Protocoli obschtestwa kostromskich wratschej 1881.)

Die Febris recurrens wurde nach Kostroma von einem vom Kriegsschauplatz zurückgekehrten Regiment eingeschleppt. Es erkrankten nur solche Personen, welche in directe Berührung mit Kranken gekommen waren. Dr. Bogomoletz giebt folgende Tabelle für die Dauer der Anfälle und Apyrexien an:

	mittlere Dauer in Tagen	Zahl der Beobachtungen	
Anfälle:	$6^1/_{19}$	38	I. Anfall.
Apyrexien:	$6^{14}/_{17}$	34	
Anfälle:	$3^3/_4$	36	II. Anfall.
Apyrexien:	$6^3/_4$	20	
Anfälle:	$2^{19}/_{20}$	20	III. Anf.
Apyrexien:	$4^3/_4$	7	
Anfälle:	$2^6/_7$	7	IV. Anf.
Apyrexien:	5	2	
Anfälle:	$3^1/_2$	2	V. Anf.
Apyrexien:	2	1	
Anfälle:	3	1	VI. Anf.
Apyrexien:	0	—	

Was die Prognose während der Apyrexie auf Wiederkehr eines Anfalls anlangt, so hat B. von Motschutkofsky's aufgestelltem Gesetz mehr Ausnahmen als Regel gefunden.

Krusenstern (Petersburg).

---

265. **Dr. Dunin, Ueber die Recurrensepidemie in Warschau 1879—1880.** (Medycyna 1880. Nr. 30, 31, 31.)

Die früheren Epidemien in Polen (1867—1868) hatten hauptsächlich das Militär befallen; in der letzten Epidemie aber fanden sich im Kriegshospital in Warschau solche Kranke gar nicht, obgleich in anderen Hospitälern viele Recurrenserkrankungen beobachtet wurden. — Dunin glaubt, dass die Febris recurrens nach Warschau aus den hungernden Gegenden eingeschleppt wurde; die kümmerlichen Lebens-

verhältnisse haben nach ihm die Verbreitung der Krankheit begünstigt.

Es erkrankten nicht selten sämmtliche Glieder einer Familie, ferner Aerzte und Wartepersonal; dieses wird von ihm wohl mit Recht auf die Contagiösität der Krankheit bezogen.

Zur Epidemiezeit kamen andere Typhusformen seltener vor, dagegen trat croupöse Pneumonie öfter auf.

Im Hospital waren sehr viel mehr erkrankte Männer (63,5 %) beobachtet, als Frauen. Das Mittelalter der Patienten betrug 28,8 Jahre.

Die Zahl der Anfälle schwankte zwischen 1 und 3, gewöhnlich waren es 3 Anfälle. Mitteldauer des ersten Anfalles war 6,5 Tage, des zweiten bis 4 Tage, des dritten bis 3 Tage. — Erste Apyrexie dauerte fünf bis zwölf Tage, Mitteldauer 7,5 Tage. Zweite Apyrexie fünf bis vierzehn Tage, Mitteldauer 8,7 Tage. Einmal dauerte die zweite Apyrexie zwanzig Tage.

Dunin hat keinen einzigen Anfall gesehen, bei welchem Spyrochaeten nicht nachzuweisen waren, zuweilen wurden diese schon vor dem Beginn des Anfalls, freilich nur in geringer Anzahl, im Blute gefunden. Die grössere oder mindere Zahl der Spyrochaeten stand in keinem Zusammenhange mit der Intensität des Anfalls.

Die Jaborandibehandlung erwies sich als vollkommen erfolglos. Die Therapie bezog sich auf Diät, Analeptica und Darreichung von grossen Chiningaben bei sehr hoher Temperatursteigerung.

Die Mortalität betrug 3,5%.

Die biliöse Form trat nur viermal auf und alle mit letalem Ausgang.

Krusenstern (Petersburg).

---

266. **Dr. Borchsenius, Ueber Complication des Rückfallstyphus mit Scorbut.** (Trudi obschtestwa russkich wratschej 1880.)

Verf. bespricht die Complication der Febris recurrens mit Scorbut auf Grund seiner 24 Beobachtungsfälle. In den meisten Fällen trat die F. recurrens bei schon an Scorbut leidenden Personen ein; in einigen Fällen aber gesellten sich die scorbutischen Erscheinungen erst nach dem ersten oder zweiten Anfalle hinzu. Unter 24 Patienten starben 2, also 8,3 %. — Das zunächst Auffallende beim Eintreten des Scorbuts war Herabsetzung des allgemeinen Ernährungszustandes: die Patienten magerten ab, wurden anämisch, die Gesichtsfarbe bekam ein erdigschmutziges Aussehen; die Haut war trocken und schilfernd; an den unteren Extremitäten waren Sugillationen vorhanden, und zwar in verschiedener Form, die Blutungen fanden statt in den Intermuscular- und in den Unterhautzellgeweben; Zahnfleisch aufgelockert leicht blutend. In schweren Fällen wurden Erkrankungen der Knorpel und zweimal Blutungen im Pericardium constatirt (beide mit exitus lethalis). — Die Anfälle waren zahlreicher und dauerten länger, als in zu derselben Zeit beobachteten uncomplicirten Recurrensfällen. Dasselbe gilt für

die Apyrexien. — Die Temperaturcurve stellte ein Bild des remittirenden Fiebers dar. Die Anfälle endigten atypisch und zwar beim ersten Anfalle in $^1/_3$, beim zweiten in $^1/_2$, beim dritten und vierten in $^2/_3$ der Fälle. Nicht selten gesellten sich auch Diarrhoeen hinzu.

Krusenstern (Petersburg).

267. **N. P. Demjankow, Zur Lehre von der Urämie.** Vorläufige Mittheilung. (St. Petersb. medicin. Wochenschr. 1881, Nr. 28.)

Nach Frerich's Theorie geht der im Blute aufgesammelte Harnstoff unter der Einwirkung irgend eines Fermentes in kohlensauren Ammoniak über, welcher dann die Veranlassung der Urämie ist. Setzt man einer Harnstofflösung eine minimale Quantität Ferment zu, so wird dieselbe schnell in Ammoniak übergeführt (Musculus). Diese Eigenschaft des Harnstoffs berücksichtigend, injicirte D. in's Blut nephrotomirter Hunde (in die vena femoralis) eine Lösung reinen Harnstoffs, Harnstoff mit Ferment (mit einer minimalen Quantität in Gährung übergegangenen Harns) und Ferment allein. Zu konstanten Resultaten gelangte er aber erst, als er, in Berücksichtigung dessen, dass nach Entfernung der Nieren die Urämie gewöhnlich am 3. Tage beginnt, in's Blut der nephrotomirten Thiere diejenige Quantität von Harnstoff injicirte, welche dieselben im Harn während dreier Tage unter gewissen gleichmässigen Nahrungsbedingungen ausschieden.

1. Wenn wir bei einem nephrotomirten Hunde die Quantität Harnstoff, die er in den letzten drei Tagen vor dem Versuche ausgeschieden hatte, gelöst in 20—25 ccm destillirten Wassers, injicirten, so erhielten wir in der Regel sofort nach der Injektion keinerlei ausgeprägte Symptome, obgleich die urämischen Anfälle um 24 Stunden früher einsetzten als bei den Controllthieren.

2. Wenn wir bei einem nephrotomirten Hunde die dreitägige Harnstoffquantität in Verbindung mit Ferment injicirten, so erhielten wir die Symptome eines vollständigen urämischen Anfalls (Krämpfe, Erbrechen, stertoröses Athmen, Erweiterung der Pupillen und Koma) 20—40 Minuten nach der Injektion; derselbe dauerte verschieden lange, von $^1/_2$—2 Stunden und darauf krepirte das Thier entweder schnell, oder blieb einige Stunden in komatösem Zustande.

3. Wenn wir blos Ferment ohne Harnstoff mit der gleichen Quantität Wasser injicirten, so beobachteten wir nicht nur keine besonderen Symptome nach der Injektion, sondern auch keine Beschleunigung der Urämie.

3. Das während eines Anfalls aus der art. carotis entnommene und nach der Methode von Salkowsky untersuchte Blut gab nicht immer die Gegenwart von Ammoniak zu erkennen, ebenso wie nicht immer in der Exspirationsluft Ammoniak zu finden war.

5. Das nach Beendigung eines urämischen Anfalls, vor dem Tode des Thieres entnommene Blut liess dagegen bedeutend häufiger die Gegenwart von Ammoniak erkennen, ebenso war selbiges auch häufiger in der Exspirationsluft nachzuweisen. E. Bardenhewer.

268. **Dr. Astaschewsky, Zur Frage von der Urämie.** (St. Petersb. medicin. Wochenschr. 1881, N. 27.

A. injicirte bei Hunden nach Unterbindung der Ureteren in die Femoralvenen koncentrirten Harn, Harnstoff, Kreatinin, die mineralischen Harnbestandtheile und endlich von den letzteren nur die Kalisalze. Genaueres über die Versuche ist im Original nachzusehen. Die Schlüsse, welche sich ergaben, sind die folgenden:

1. Die Bedeutung des Harnstoffs bei Entstehung der urämischen Erscheinungen ist gleich Null.

2. Es ist zweifelhaft, ob das Kreatinin eine hervorragende Rolle beim urämischen Prozess spielt.

3. Ungewöhnlich heftige Wirkung auf den Organismus üben die anorganischen Substanzen des Harns aus, indem sie Symptome, ähnlich den urämischen, hervorrufen, und sogar sehr schnell den Tod herbeiführen.

Auf Grundlage dieses heftigen Effekts bei Injektion der anorganischen Bestandtheile muss man zu der Ueberzeugung gelangen, dass ihre Zurückhaltung im Körper der Nephritiker eine enorme Bedeutung hat in Bezug auf die Entstehung urämischer Symptome, und unwillkürlich drängt sich der Gedanke auf, ist nicht die Urämie eine Selbstvergiftung des Organismus mit anorganischen Substanzen — und in hervorragender Weise — mit Kalisalzen?

E. Bardenhewer.

269. **W. Bechteren, Der Einfluss der Hirnrinde auf die Körper-Temperatur.** (St. Petersb. medicin. Wochenschr. 1881, Nr. 25.)

B. bespricht zunächst die Untersuchungen von Landois, Eulenburg, Hitzig u. A. Auf Grund derselben musste man zu dem Schlusse kommen, dass die Gegenden der Grosshirnrinde, welche motorische Funktionen haben, nicht nur thermischen Einfluss, sondern auch gleichzeitig einen Einfluss auf Blutdruck und Häufigkeit der Herzschläge ausüben. In letzter Zeit jedoch sind von Vulpian und Küssner Einwürfe gegen die Resultate der früheren Autoren erhoben worden. Um in die thatsächlichen Widersprüche Klarheit zu bringen, hat B. eine Reihe von Experimenten an Hunden gemacht, mit Reizung und Zerstörung der Hirnrinde. Die Temperaturmessungen an den Gliedern wurden mit Seegen'schen Thermometern ausgeführt, deren diskusförmiger Quecksilberbehälter unter die Haut gebracht wurde. Diese Methode der Messung hat neben anderen insbesondere den Vortheil, dass die Einflüsse der Umgebung auf die Erhebung des Quecksilbers völlig ausgeschlossen werden. Ausserdem wurde das Geisler'sche Thermometer tief in's rectum eingeführt und bei einigen Versuchen noch je ein Thermometer in jedes Ohr. In tiefer Narkose wurde dem Thiere das Schädeldach trepanirt an der Grenze des Stirn- und Schläfenknochens, und darauf bei einigen Versuchen die freiliegende Hirnoberfläche mit schwachem Induktionsstrom oder mit Chlornatrium gereizt, in anderen

Fällen geätzt, oder durch vorsichtiges Abtragen mit dem Messer zerstört. Die Temperaturbeobachtungen wurden noch einige Tage nach der Operation fortgesetzt, wobei die Thermometer von Neuem in die Hautöffnungen der in Freiheit befindlichen Thiere gebracht wurden. Genaueres über die Einrichtung der Versuche ist im Original nachzusuchen.

Aus den Resultaten seiner Beobachtungen zieht B. folgende Schlüsse: Reizung der Hirnoberfläche an der Stelle des gyrus sigmoideus mit schwachem Induktionsstrom bewirkt eine Abkühlung der entgegengesetzten Extremitäten, welche am deutlichsten etwa 5—10 Minuten nach Beginn der Reizung hervortritt und einige Minuten nach Aufhören des Reizes noch anhält. Darauf schwindet die Abkühlung allmälig und die Temperatur der Extremitäten wird gleich. Analog wirkt eine Reizung mit chemischen Agentien, z. B. mit Chlornatrium. Dagegen bewirkt Zerstörung derselben Theile der Hirnrinde (durch Aetzung, Abtragung) eine Erwärmung der entgegengesetzten Extremitäten, welche einige Wochen lang anhalten kann, ungeachtet dessen, dass die Erscheinungen der Parese in einigen Stunden oder Tagen verschwinden. Meistentheils betrug dabei der Temperaturunterschied ungefähr 1° C., und selten nur stieg er auf 2—3° C. Die stärkste Erwärmung wurde meistens an derjenigen Extremität beobachtet, welche am stärksten paretisch war. Folglich muss man durchaus mit Hitzig's These übereinstimmen, dass der thermische Einfluss der Hirnoberfläche dieselbe Lokalisation hat wie die motorische Funktion, der Effekt seitens der vasomotorischen Fasern bei Reizung der Centren der Hirnrinde dauert aber in der Regel länger an, als der Effekt seitens der muskulomotorischen Fasern.

Die Beobachtung der Temperatur im Innern der operirten Thiere zeigte, dass nach Zerstörung der Hirnoberfläche immer eine Temperatur-Erniedrigung folgt, die im Laufe einiger Stunden bis zu 2—3° C. gehen kann, um nach einiger Zeit allmälig wieder bis zur früheren Höhe anzusteigen.

Bei allen Versuchen begrenzte sich die als Operationsgebiet dienende Stelle der Hirnrinde auf einen Rayon, der dem sulcus cruciatus benachbart, vor allem den äusseren Theil des gyrus sigmoideus umfasste; Versuche mit Zerstörung der ersten und zweiten Windung gleich hinter dem gyrus sigmoideus gaben negative Resultate. Daher kann man mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass die thermisch wirksame Region der Hirnrinde beim Hunde dieselben Grenzen hat, wie Hitzig's und Fritsch's motorische Centra.

Darf man die Resultate dieser Versuche auf den Menschen übertragen? In Med. Westnik 1879, Nr. 27—51 und St. Petersb. med. Wochenschr. 1879 N. 50 und 51 hat B. fünf Fälle publicirt von Läsion der motorischen Region der Hirnrinde, bei welchen gleichzeitig sehr deutlich ausgeprägte vasomotorische Affectionen in der der Hirnaffektion entgegengesetzten Körperhälfte vorhanden waren.

E. Bardenhewer.

270. **Dr. Karnitowitz, Ueber den Einfluss des Fiebers auf psychische Störungen.** (Gazeta lekarska 1881. N. 17, 18.)

Dr. Karnitowitz giebt 3 Fälle an, welche die Beobachtungen von Dr. Fiedler bestätigen, dass fieberhafte Krankheiten zuweilen von gutem Einflusse auf die Geistesstörungen sind. Unter den von ihm angegebenen Fällen findet sich je ein Fall von mania acuta, mania furibunda und mania ambitiosa. Alle Patienten genasen, nachdem sie ein Erysipel oder eine phlegmonöse Erkrankung durchgemacht hatten.

In der Litteratur hat Verfasser folgende Krankheiten gefunden, welche auf die Genesung von Geisteskranken günstig einwirkten: Pocken, Masern, Scharlach, alle Typhusformen, febris intermittens, cholera asiatica, croupöse Pneumonie und exsudative Brustfellentzündung. Karnitowitz stimmt in der Erklärung dieser Beobachtungen mit Fiedler überein, dass die Genesung auf die veränderte Ernährung des Gehirns zurückzuführen sei; in Fällen, wo die Geistesstörung vom anämischen Zustand des Hirns abhing, konnte eine Vermehrung des Blutgehalts in Folge der überstandenen Fieberkrankheit sein; in Folge von Hyperämien aber umgekehrt.

Denkbar wäre es andererseits auch, dass obliterirt gewesene Gefässe durch die vom Fieber bedingte Blutdrucksteigerung wieder durchgängig würden oder es entstehe eine Neubildung der Gefässe, vielleicht gar eine Neubildung der Nervenelemente.

Krusenstern (Petersburg).

---

271. **E. Gley, Étude expérimentale sur l'état du pouls carotidien pendant le travail intellectuel.** Experimentalstudie über die Beschaffenheit des Carotis-Pulses während geistiger Thätigkeit. (La Gazette des hôpitaux, 1881, Nr. 76.)

Mosso hat gefunden, dass während geistiger Arbeit der Puls des Vorderarms frequenter und kleiner, und das Volumen des Vorderarms geringer ist; zugleich nimmt durch gesteigerten Blutzufluss (durch Erweiterung der Gefässe) das Volumen des Gehirns zu.

G. hat über die Veränderungen des Carotis-Pulses, welche bei angestrengter geistiger Thätigkeit eintreten, an sich selbst genaue Beobachtungen angestellt. Die Anordnung der Untersuchungen ist im Original nachzusehen; das Resultat derselben ist das folgende:

1. Bei geistiger Thätigkeit (verglichen mit dem Zustand körperlicher und geistiger Ruhe) ist die Zahl der Herzschläge vermehrt. Die Vermehrung scheint in ganz direktem Verhältniss zu stehen zu der Intensität der Aufmerksamkeit.

2. Die arteria carotis ist dilatirt, und der Dikrotismus des Pulses derselben ist stärker ausgeprägt; die entgegengesetzten Erscheinungen machen sich an der a. radialis bemerkbar.

3. Diese Veränderungen erreichen einen um so höheren Grad, je intensiver die geistige Thätigkeit ist.

4. Dieselben persistiren eine bestimmte Zeit, nachdem die geistige Thätigkeit aufgehört hat.

5. Sie sind unabhängig von der Herzthätigkeit und von der Respiration.

6. Sie sind abhängig von einem vasomotorischen Einfluss.

E. Bardenhewer.

---

272. **Georges Hayem, Du processus de coagulation et de ses modifications dans les maladies.** Ueber den Coagulationsprozess und seine Veränderungen in den Krankheiten. (L'Union médicale No. 80, 82, 84.)

H. hat bei seinen Untersuchungen des Blutes und des Gerinnungsprozesses drei verschiedene Methoden angewandt: 1) direkte mikroskopische Untersuchung einer dünnen Schicht Blut ohne vorherige Anwendung von Reagentien; 2) Behandlung des Blutes mit folgendem Reagens: Aq. destill. 200, Natr. chlor. pur. 1,0, Natr. sulf. pur. 5,0, Hydrarg. bichlor. corros. 0,5; diese Lösung lässt das gerinnende Fibrin unverändert, während die Blutkörperchen dadurch isolirt werden, mit Ausnahme der Haematoblasten, welche kleine, disseminirte Gruppen bilden; 3) Auswaschen des fibrinösen Netzwerks und Färben mit Jod oder Fuchsin. Betreffs der Details dieser Untersuchungsmethoden muss auf das Original verwiesen werden. Er beschreibt sodann den Gerinnungsprozess im normalen Blute: Die rothen Körperchen treten in Geldrollenform zusammen und lassen mit Plasma erfüllte Zwischenräume zwischen sich, in denen die farblosen Körperchen und die Haematoblasten, theils einzeln, theils in kleinen Häufchen angeordnet, sich finden. Mit der beginnenden Gerinnung sieht man von diesen Letzteren feine Fädchen ausgehen, die sich ausfasern und wieder verschwinden; zuweilen sieht man kleine fibrilläre Züge, die an einzelnen Stellen ein drillichartiges Maschenwerk bilden. Im Uebrigen bleibt das durch den Gerinnungsprozess gebildete Netzwerk unsichtbar und kann erst durch Auswaschen und Färben der Fibrillen deutlicher gemacht werden. H. glaubt, dass auch die rothen Körperchen in gewisser Weise an dem Coagulationsprozess Theil nehmen, indem sie sich mit einer zähen Masse umgeben, die nach vollendeter Gerinnung fest und faserartig wird. Wenn er nämlich während der Gerinnung auf das Deckgläschen einen mässigen Druck ausübte, dehnten sich die Rollen der rothen Körperchen wie Kautschuck aus und zogen sich bei nachlassendem Druck wieder zusammen, ohne dass sich die einzelnen Körperchen von einander trennten, während diese Trennung nach vollendeter Gerinnung durch leichten Druck schnell bewirkt werden konnte. Bedeutende Aenderungen erleidet der Gerinnungsprozess bei entzündlichen Krankheiten. H. wählt als Beispiel die croupöse Pneumonie und beschreibt den Vorgang der Coagulation des Blutes folgendermassen. Die rothen Körperchen treten zu kleineren, keine bestimmte Gestalt darbietenden und unregelmässige Zwischenräume zwischen sich lassenden Haufen zu-

sammen. Die Zahl der farblosen Körperchen ist bedeutend vermehrt, die der Haematoblasten nicht. Nach einer variabeln, aber über den Zeitpunkt der beginnenden Coagulation beim gesunden Blut stets hinausgehenden Zeit sieht man an verschiedenen Stellen in den vom Plasma, den farblosen Körperchen und den Haematoblasten eingenommenen Zwischenräumen zahlreiche Fibrillen und Fäden in verschiedener Richtung sich verflechtend und oft von ansehnlicher Dicke auftreten, die schliesslich ein dichtes, die geformten Elemente einschliessendes Netzwerk bilden. Auch hier konnte H. die oben geschilderte Theilnahme der rothen Körperchen am Gerinnungsprozesse wahrnehmen. Wandte er die Methode des Auswaschens und der Färbung an, so konnte er dunkler und heller gefärbte Partieen unterscheiden, von denen Letztere den Haufen der rothen Blutkörperchen, erstere den von ihnen freigelassenen Zwischenräumen entsprechen. Bei stärkerer Vergrösserung zeigten sich die dunkler gefärbten Partieen aus mehreren Lagen von Fasern verschiedenen Durchmessers zusammengesetzt, in denen sich stets eine gewisse Zahl weisser Körperchen trotz des Auswaschens zurückgehalten fand. H. glaubt daher, dass sich bei diesen entzündlichen Zuständen die weissen Körperchen an der Gerinnung betheiligen, was im normalen Blut nicht der Fall ist. An den helleren Partieen waren die rothen Körperchen umgeben von einem Netzwerk sehr feiner und regelmässiger Fasern, welche, wie H. annimmt, von den rothen Körperchen selbst gebildet werden.

Behandelte endlich H. das Blut mit dem oben erwähnten Reagens, so bildeten sich Krümel verschiedener Gestalt und Grösse, zusammengesetzt aus theils körniger, theils fibrillärer zäher Substanz und geschrumpfte Haematoblasten einschliessend. Er nennt dieselben „Plaques phlegmasiques"; im normalen Blute hat er ihre Bildung nie beobachtet. Untersuchte H. ferner das Blut bei akut entzündlichen Krankheiten im Stadium der Defervescenz, so fand er ähnliche Verhältnisse, wie die beschriebenen, nur weniger deutlich ausgeprägt, daneben aber eine konstante Vermehrung und Vergrösserung der Haematoblasten. Er glaubt sich daher berechtigt, bei diesen akuten Entzündungen analog der „thermischen Krise" eine „hämatische" aufstellen zu können, deren Eintritt durch die Vermehrung und Vergrösserung der Haematoblasten charakterisirt ist. Aehnliche, wenn auch weniger scharf markirte Veränderungen zeigt das Blut, resp. der Gerinnungsprozess in den chronischen entzündlichen Affektionen und den spezifischen Entzündungen, z. B. der Gesichtsrose; dieselben sind unabhängig von der Ursache und der Natur der Krankheit, und müssen als einer der anatomischen Charaktere der Entzündungsprozesse im Allgemeinen angesehen werden. In den Krankheiten mit hämorrhagischem Charakter fand H. fast regelmässig eine Vermehrung des Fibrins, so in 3 Fällen von Skorbut, 2 von Purpura haemorrhagica, 1 von Haemoglobinurie; dieselbe fehlte dagegen in mehreren Fällen von Purpura simpl. und bei einem Haemophilen. Beim Skorbut zeigte sich ferner die Zahl der Haematoblasten vermehrt. Bezüglich der theoretischen Erörterungen, die H. an diese Befunde anschliesst, muss auf das Original verwiesen werden. Viel geringer sind die Veränderungen des Blutes und des Gerinnungsprozesses bei den mit Fieber verbundenen Allgemeinerkrankungen, den

akuten Exanthemen, dem Typhus etc. Bei letzterem beobachtete H. in Uebereinstimmung mit andern Autoren Verminderung der meisten Blutkörperchen und der Haematoblasten. Treten bei diesen Erkrankungen bei der Untersuchung des Blutes Erscheinungen auf, die den oben beschriebenen ähnlich sind, so lässt sich daraus auf den Eintritt entzündlicher Complicationen schliessen. Bei den Kachexien, mögen sie eine Ursache haben, welche sie wollen, sind anfangs charakteristische Veränderungen des Blutes und des Gerinnungsprozesses nicht zu konstatiren, vielmehr findet man nach H. immer nur das Bild der einfachen Anaemie. Später tritt eine oft recht beträchtliche Vermehrung der Haematoblasten ein; unter denselben sieht man häufig grosse, deutlich roth gefärbte Exemplare, die Uebergangsstufe von den Haematoblasten zu den rothen Körperchen. Auch gelingt es in diesen Zuständen oft, durch das oben erwähnte Reagens eine Bildung von Krümeln zu Stande zu bringen; dieselben unterscheiden sich aber von den „Plaques phlegmasiques“ durch grössere Kleinheit, schärfere Begrenzung und geringere Viscosität; ihre Substanz ist mehr körnig als fibrillär.

Am Schluss seiner Arbeit stellt H. die Zustände zusammen, in denen eine Vermehrung der Haematoblasten zu konstatiren ist. Dieselbe ist entweder transitorisch, dann nämlich, wenn nach einer akuten Krankheit oder einem starken Blutverlust das Blut sich schnell wieder erneuert; man sieht dann oft die verschiedensten Uebergangsformen von dem ganz zarten farblosen Haematoblasten bis zum ausgebildeten rothen Körperchen. Die Vermehrung der ersteren ist hier also ein reparatorischer Vorgang. Umgekehrt ist in den kachektischen Zuständen die Vermehrung der Haematoblasten bis zu einem gewissen Grade dauernd und hat ihren Grund in der behinderten Umbildung derselben zu rothen Körperchen. In den letzten Stadien der Kachexien tritt dann eine von Tag zu Tag zunehmende Verminderung der Haematoblasten ein.

H. meint, dass die Untersuchung des Blutes und des Processes der Gerinnung in vielen Fällen diagnostisch und prognostisch verwerthbar und daher weitere Arbeit auf diesem Gebiete sehr zu wünschen sei.

Brockhaus (Godesberg).

---

273. **Strümpell, Spindelförmige Erweiterung des Oesophagus ohne nachweisliche Stenosenbildung.** (Deutsch. Arch. f. klin. Medicin, XXIX. p. 211.)

Ein 24 Jahre altes Dienstmädchen wurde im Zustande hochgradiger Inanition wegen unstillbarem Erbrechen ins Hospital aufgenommen. Bei genauerer Beobachtung zeigte es sich, dass es sich bei der Wiederentleerung der Speisen nicht um einen eigentlichen Brechact, sondern um eine einfache, ohne Würgen erfolgende Regurgitation des Genossenen handle. Daraus war zu schliessen, dass die Speisen nicht in den Magen gelangten, sondern im Oesophagus liegen blieben; — die grossen Mengen Flüssigkeit, die verschluckt und meist erst nach

längerer Zeit wieder auf einmal entleert wurden, liessen eine Erweiterung des Oesophagus vermuthen. — Weitere Unterstützung gewann diese Annahme durch die Sondenuntersuchung, die niemals eine vollständige freie Passage in den Magen ergab, sondern stets in der Gegend der Cardia auf ein leichtes Hinderniss stiess, welches jedoch mit der dicksten Sonde ohne starken Druck überwunden werden konnte. — Häufig jedoch stiess die Sonde erst nochmals auf einen nicht zu überwindenden Widerstand, der den Eindruck machte, als ob die Sonde in einer sackförmigen Ausbuchtung der Wandung gefangen würde, um dann erst nach öfterem Hin- und Herziehen in den Magen zu gelangen. — Nahrung, die durch die in den Magen eingedrungene Sonde eingeführt wurde, wurde nicht erbrochen — und durch längeres fortgesetztes Sondiren kam es dazu, dass auch einfach geschluckte Nahrung in den Magen gelangte und nicht mehr erbrochen wurde. — Die Folge davon war bedeutende Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes und Steigerung des Körpergewichts. — Die Besserung dauerte nur kurze Zeit; es musste wieder zur Ernährung mittelst der Sonde geschritten werden und als nach einigen Tagen die Einführung derselben nicht mehr gelang, weil sie stets an dem oben erwähnten Hinderniss sich verfing und die Ernährung per rectum unzulänglich war, wurde eine Magenfistel angelegt; — die Operation hatte eine tödliche Peritonitis zur Folge.

Die Section ergab Cardia und unterster Theil des Oesophagus von normaler Weite, Muscularis dünn, Mucosa normal — ohne Spur einer Narbe — von da aufwärts Oesophagus trichterförmig erweitert; — hier Mucosa normal, Submucosa gelockert, Muscularis besonders in der untern Partie des Trichters hypertrophisch — keine divertikelartige Ausbuchtung. — Der Fall gehört somit zu den seltenen primären, spindelförmigen Ektasien der Speiseröhre, denen keine nachweisbare Stenose zu Grunde liegt.

Aus der in dem erweiterten Theile bestehenden Hypertrophie schliesst Verf. dass wohl während des Lebens eine Stenose am untern Ende bestanden habe, die in der Leiche nicht mehr nachweisbar war; vielleicht bedingt durch dauernden krampfhaften Schluss der Cardia, wiewohl auch gegen diese Annahme erhebliche Bedenken namhaft gemacht werden könnten; besonders der Umstand, dass die Erweiterung nicht unmittelbar über der Cardia beginnt. Ferner die zeitweise Besserung in dem Schluckvermögen; möglich wäre auch, dass während des Lebens eine Zerrung oder Knickung bestanden habe, deren Ursache an der Leiche nicht mehr ersichtlich war; vielleicht befand sich dieselbe an dem Durchtritt durch das Foramen oesophageum des Zwerchfells; die Anhäufung der Speisen in den erweiterten Räumen könnte intra vitam zu einer Taschenbildung führen, die sich bei vollständiger Entleerung wieder ausglich — wie es nach längerem Sondiren der Fall war und bei Section wiedergefunden wurde. — Dass von diesem angenommenen Verhältnisse in der Leiche nichts mehr nachgewiesen wurde, liegt wohl daran, dass der Oesophagus erst im herausgenommenen und aufgeschnittenen Zustande genauer untersucht wurde.

Engesser (Freiburg i. B.).

274. **Ascite idiopathique,** (Gazette des hopitaux, 1881, Nr. 59, 73, 76 u. 84.)

Ein schwaches, anämisches Mädchen von 13 Jahren, noch nicht menstruirt, dessen Brust- und Unterleibsorgane vollständig gesund waren, dessen Harn kein Eiweiss enthielt, dessen Beine nicht hydropisch waren, litt an Ascites, welcher ohne bekannte Ursache allmälig sich entwickelt hatte und trotz ärztlicher Behandlung immer hochgradiger wurde. Nachdem durch Punktion 10 Liter citronenfarbiger, schaumiger Flüssigkeit entleert worden waren, erholte sich die Kranke allmälig, und ihre Gesundheit stellte sich vollständig wieder her.

Bei einem Mädchen von 20 Jahren, klein und ziemlich mager, vom Lande, entwickelte sich, ebenfalls ohne nachweisbare Ursache, ein Ascites, welcher die Verdauung behinderte und die Respiration störte; keine Oedeme, kein Eiweiss im Harn, Herz und Lungen gesund; Behandlung erfolglos, bis mit dem Troicart 20 Liter Flüssigkeit entleert wurden. Die Untersuchung der Abdominalorgane ergab nun auch vollständig normales Verhalten derselben. Die Kranke erholte sich schnell; es trat kein Recidiv ein; bei guter Gesundheit ist Pat. seit längerer Zeit verheirathet.

In dem 3. Falle handelte es sich um ein 13 Jahre altes, grosses, starkes Mädchen; dasselbe war vorher nie krank gewesen und wurde von dem Ascites befallen, nachdem es, durch vieles Laufen erhitzt, sich auf die Erde gesetzt hatte. Keine Veränderung irgend eines Organes nachweisbar. Auch hier blieb die Behandlung ohne Erfolg, bis die Punktion 14 Liter Flüssigkeit entleerte, worauf Pat. sich bald und vollständig erholte.

Der 4. Fall betraf ein 16 jähriges Mädchen von zarter Constitution, welches abgesehen von einem geringen Grade von Chlorose, immer gesund gewesen war. Ohne erkennbare Ursache entwickelte sich innerhalb 14 Tage bis 3 Wochen eine bedeutende Anschwellung des Leibes. Dabei sind alle Funktionen normal und keine Organveränderung ist zu entdecken. Nachdem der Ascites 3 Monate lang bestanden, gelangte die Pat. in ärztliche Behandlung; sie nahm Eisen, Scilla und Digitalis, die Harnsekretion vermehrte sich bedeutend, und nach zwei Monaten war der Ascites verschwunden, und die Kranke ganz gesund.

E. Bardenhewer.

---

275. **F. Herrmann, Beitrag zur Anwendung lauwarmer prolongirter Bäder im Flecktyphus.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1881. Nr. 26.)

Die befriedigenden Resultate, welche Riess (Centralblatt für die medic. Wissenschaften, 1880, Juli) und Afanassjew (St. Petersb.

medic. Wochenschr. 1881, Nr. 7. Ref. in Nr. 9 d. Bl.) bei Behandlung des Abdominaltyphus mit lauwarmen, prolongirten Bädern erzielten, veranlassten H., dieselbe Behandlungsweise beim Flecktyphus zu erproben. Die Resultate seiner Beobachtungen fasst er in folgende Sätze zusammen:

Die Behandlung des Flecktyphus mit lauwarmen Bädern äussert auf die Krankheit keinen Einfluss, ihr Charakter wird nicht milder, ihre Dauer (30 Tage) nicht abgekürzt. Die Mortalität (16,66 p. Ct.) war grösser als gewöhnlich. In Folge dessen könne man, obgleich die geringe Krankenzahl keinen endgültigen Schluss gestattet, den für die Kranken und die Dienerschaft beschwerlichen, prolongirten, lauwarmen Bädern keinen Vorzug vor der früher üblichen Therapie des Flecktyphus zuerkennen.

E. Bardenhewer.

---

276. **Dr. Abletjeff, Zur Behandlung der Febris intermittens mit Salicylsäure.** (Medicinskoje Obusrenije 1880. Band XIV.)

Dr. Abletjeff hat in 25 Fällen von Wechselfieber mit negativem Resultat Salicylsäure angewandt. Abgesehen davon, dass die Intermittensanfälle nicht cupirt wurden, traten nach längerem Gebrauch Erscheinungen seitens des Darmcanals ein: Schmerzen im Epigastrium, zuweilen auch Erbrechen. — Es wurden entweder einige Stunden vor dem Paroxysmus grosse Dosen (Ij in einer bis auf 3jj β in mehreren Gaben) oder in 24 Stunden 6 Pulver à 0,6 verordnet. — Salicylsäure wurde immer mit kohlensaurem Natron eingenommen.

Krusenstern (Petersburg).

---

277. **Bouchut, De la dissolution des fausses membranes de l'angine couenneuse par les applications locales de papaïne.** Auflösung croupöser Pseudomembranen durch locale Anwendung des Papain. (Comptes rendus T. XCII. Nr. 24.)

Eine dicke Pseudomembran aus der Trachea, die in eine geringe Menge einer zu einem Drittel aus Papagasaft bestehenden Lösung gebracht wird, löst sich in der Kälte in einigen Stunden, bei gelindem Erhitzen in wenigen Minuten darin auf.

Nach Verf. genügt es schon, die fibrinöse Membran nur ganz kurze Zeit mit der Lösung zu imprägniren, trotzdem bewahre das Fibrin selbst in einer grossen Menge Wasser seine Fähigkeit sich aufzulösen, sich dabei in Pepton zu verwandeln. Bei der Anwendung in Krankheiten könne allerdings nur die eine Seite der Membran imprägnirt werden, aber auch so gelinge die Auflösung, wenn man nur recht oft,

etwa alle 2 Stunden, die Application vornimmt; man sieht dann die Membranen sich langsam verkleinern und nach 3 bis 5 Tagen schwinden.

Von 32 auf diese Weise behandelten Diphtheriefällen, die theils Kinder, theils Erwachsene betrafen, starben vier.

Lüderitz (Jena).

Neue Bücher.

De Cristoforis le malattie della donna. Milano, Dumolard. 12 l.

Dupont, Contribution à l'étude des abcès multiples survenant dans la Convalescence de la fièvre typhoïde. Nancy, Sordoillet.

Groslambert, Esquisses physiologiques de l'homme mental. Paris, Doin. 6 fr.

Harel, Contribution à l'étude des tubercules sous-cutanés douloureux. Paris, Davy.

Hayem, Etude de la médication ferougineuse. Paris, Doin. 2 fr.

Hillairet, traité théorique et pratique des maladies de la peau, leçons professées à l'hopital Saint-Louis I. fascicule anatomie et pathologie générale de la peau. Paris, Doin. 5. fr.

Holmes, A guide to the use of the laryngoscope in general practice. London, Churchill. 2 sh. 6 d.

Labbé, De la contraction idio-musculaire ou myoidème en clinique. Paris, Davy.

Levot, Des lésions syphilitiques du rachis. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Lankester, Observations and reflections on the appendages and on the nervous System of Apus cancriformis. With Illustrations. London, Churchill. 2 sh.

Maclayan, Reumatism, its nature and pathology and its succesful treatement. London, Pickering. 10 sh. 6 d.

Olivier, Recherches cliniques sur le traitement de la lypémanie par l'opium. Lyon, Storck.

Percell, On cancer, its allies and other tumours. Illustrated. London, Churchill. 10 sh. 6 d.

Rappin, Des bactéries de la bouche à l'état normal et dans la fièvre typhoïde. Paris, Doin. 3 fr. 50 ct.

Rizat, Manuel pratique des maladies vénériennes avec 24 planches. Paris. Doin. 11 fr.

Serrand, Essais sur des médicaments nouveaux. Hamamelis virginica, son action thérapeutique. Paris, Davy.

Thermes, La métallothérapie et l'hydrothérapie; leurs effets physiologiques et leurs applications thérapeutiques dans l'hysterie. Paris, Davy.

Tyrell, The tonic treatment of epilepsy and kindred nervous affections. Lond. Dav. Bogue. 2 sh. 6 d.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle,
Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler,
a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. **19. August.** **Nro. 20.**

278. **Jolyet M., Sur l'étiologie et la pathogénie de la variole du pigeon, et sur le développement des microbes infectieux dans la lymphe.** Ueber die Aetiologie und die Pathogenie der Variola bei der Taube und über die Entwicklung der infectiösen Microbien in der Lymphe. (Comptes rendus T. XCII. Nr. 26.)

Im Blute pockenkranker Tauben findet man nach J. zahllose Mikroorganismen. Am ersten und zweiten Tage und in der ersten Hälfte des dritten Tages nach der Impfung fehlen sie — entsprechend dem Incubationsstadium der Krankheit; vom Ende des dritten Tages an werden sie sichtbar und treten immer reichlicher auf — entsprechend dem Fortschreiten der Affection; späterhin nehmen sie an Menge ab

und verschwinden — zeitlich völlig entsprechend dem Rückgangsstadium der Krankheit. Die gleichen Mikrobien sind in dem infectiösen Pusteleiter zu finden.

Vornehmlich das Blut und die Lymphe sind Brutstätten der Pockenbacterien, sowohl bei Thieren als beim Menschen. Allerdings findet man sie im Blute lebender pockenkranker Menschen oder Schweine nur äusserst spärlich, das rührt aber daher, dass hier nicht das Blut, sondern die Lymphflüssigkeit das Medium ist, in dem sich die Mikrobien vermehren und die Krankheit sich ausbreitet. Bei Vögeln ist der Lympfapparat noch rudimentär entwickelt, daher ist hier auch das lebende Blut der Aufenthaltsort für die Bacterien. Man findet dieselben am zweiten und dritten Tage nach der Impfung, wenn sie im Blute noch fehlen, in grosser Menge im Ductus thoracicus. Ebenso in der Lymphe von Hunden und Kaninchen, die mit Pockengift inficirt sind.

Wenn auch die Mikrobien sich im circulirenden Blute nicht vermehren, so sind sie doch stets während der Krankheit darin vorhanden, und sie entwickeln sich rapide fort in dem ruhenden aus der Ader gelassenen Blute.

Lüderitz (Jena).

---

279. **Prof. S. Kaulich, Therapeutische Beobachtungen beim Typhus im Kindesalter.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde. XVII. Band 1. Heft. 1881.)

Da es bisher noch nicht gelungen ist, den Abdominaltyphus in seinem Verlauf zu unterbrechen, so muss die Therapie darauf gerichtet sein, das Fieber und die durch dasselbe bedingte Nutritionsstörung zu ermässigen, damit zugleich die geschädigte physiologische Function der Organe theilweise wiederherzustellen, endlich die verbrauchten Bestandhteile der Gewebe und Organe so rasch als möglich durch Nahrungszufuhr zu ersetzen. Der ersten Indication genügt man durch eine methodische Abkühlung; auf der Kaulich'schen Klinik werden die Typhuskinder mit Beginn der rascheren Temperatursteigerung in den ersten Nachmittags- oder Abendstunden in leicht ausgerungene, nasskalte Leinentücher gewickelt, leicht frottirt und diese Einwicklungen, ohne eine Erwärmung der Tücher zuzulassen, 4—5 mal wiederholt. Gewöhnlich ist dann ein erheblicher Temperaturabfall eingetreten; unmittelbar nachher erhalten die Kinder eine dem Alter und der Individualität angemessene Dosis chinin. bisulfur. und zwar die Gesammttagesgabe auf einmal und zwar bei Kindern im Alter zwischen 4 und 10 Jahren nie unter 0,5 gr — 2,0 gr. Einwicklungen und ruhiges Liegenlassen bis zur Erwärmung der Hüllen haben einen kaum nennenswerthen Erfolg in Bezug auf die Herabsetzung der Körperwärme, ebenso wenig kleine zertheilte Gaben von Chinin; nur frühes Alter bis zu 3 Jahren, weit vorgerückter Krankheitsprocess mit Erschöpfung, Anämie, hochgradige Rachitis indiciren grössere Gaben. Tritt auf grosse Chi-

nindosen eine so bedeutende Remission des Fiebers ein, dass die Temperatur unter 36° C. herabsinkt und Collapssymptome befürchtet werden müssen, so verordnet Verfasser etwas Wein oder Cognac, worauf die Temperatur sich rasch wieder hebt.

Zweitens ist das Hauptaugenmerk bei Behandlung des Typhus darauf zu richten, dass den Patienten von allem Anfang an, noch während der Fieberperiode, möglichst ausgiebige Nahrung gegeben wird, wodurch der febrile Gewichtsverlust theilweise oder selbst ganz noch innerhalb der Fieberperiode wiederersetzt und dadurch die Reconvalescenz wesentlich abgekürzt wird.

Kohts (Strassburg).

---

280. **Max Röth, Beitrag zur Kenntniss des Abdominaltyphus im Kindesalter.** Mittheilung aus der medicinischen Poliklinik und der Kinderheilanstalt zu Heidelberg. (Archiv für Kinderheilkunde, II. Band, 10. u. 11. Heft 1881.)

Verf. berichtet über 82 Fälle von Ileotyphus im Kindesalter, welche während des Zeitraumes von 1861 bis 1879 in der medicinischen Poliklinik und in dem Kinderhospital zur Beobachtung kamen. Von den interessanteren Fällen werden genaue Krankengeschichten gegeben. Unter den 82 Fällen verliefen 8 tödtlich (10%), 4 erlagen unter dem directen Einfluss der typhösen Erkrankung, am 7., 11. u. 15. Tage, 2 kamen erst, als sich schon Decubitus eingestellt hatte, in Behandlung. 2 starben im Recidiv. Was die Aetiologie anbelangt, so wurde ein Uebergreifen von einem Bett auf das andere nicht beobachtet. Das Fieber war nach der Intensität des Falles verschieden, von nervösen Erscheinungen waren hauptsächlich Hirn-Kopfschmerz vorhanden, nur in schweren Fällen traten noch Schwindel, Ohrensausen, Schwerhörigkeit und Delirien auf, ein tödtlich verlaufender Fall ähnelte dem Krankheitsbild der Meningitis basilaris. Milztumor konnte bei 82 Patienten nur 66 Mal nachgewiesen werden, meist durch die Percussion, zum Theil auch durch die Palpation. Die Grösse des Tumors entsprach meist der Intensität der Erkrankung.

Die Roseola war fast ganz constant und trat zwischen dem 6. und 11. Krankheitstage auf; bei den meisten Patienten traten auch Miliaria crystallina an Brust und Bauch auf, in schwereren Fällen, vereinzelt auch in leichten, traten kleine Hämorrhagien in der Haut in Form von Petechien und Ecchymosen auf. Decubitus ist unter den 82 Fällen 9 Mal verzeichnet. Erbrechen wurde im Beginn des Typhus öfters beobachtet, die „Typhuszunge" war meist vorhanden, ebenso die Trockenheit der Lippen; Herpes labialis wurde bei einem vollständig charakterisirten Typhus einmal beobachtet. Die Stühle waren meist diarrhoisch, ohne dass immer die erbsenbreiartige Beschaffenheit vorhanden gewesen wäre, die Anzahl derselben betrug im Mittel zwischen 2—5 pro die. Einmal wurde eine Magenblutung mit blutigem Erbrechen und theerartigen Stühlen beobachtet. Ileococcal-

schmerz und Ileocoecalgurren war in den meisten Fällen zu constatiren. Von Störungen im Bereich des Respirationstractus war die Bronchitis fast eine stetige Begleiterin, nur in den ganz leichten Fällen war die Bronchialschleimhaut nicht betheiligt. In 7 Fällen wurde Bronchopneumonie beobachtet, 3 Mal doppelseitig, 4 Mal einseitig. Epistaxis trat bei 13 Patienten, meist auf der Acme des Fiebers, ein. Larynxgeschwüre sind nicht zur Beobachtung gekommen.

Der Urin war stets frei von Eiweiss, nur concentrirter und dunkler als im normalen Zustande.

Recidive traten in 8 Fällen auf, die Ursache liess sich nicht eruiren und Diätfehler waren auszuschliessen; 2 verliefen lethal.

Die Behandlung war in erster Reihe eine antipyretische. Es wurden Bäder von 15—20° C. 10—15 Minuten lang gegeben, und 2—3 Mal wiederholt, oder es wurde Chinin allein gegeben; das beste Resultat wurde aber erzielt durch eine Combination der Bäder mit der Darreichung des Chinins.

Kohts (Strassburg).

---

281. **Dr. Fürnrohr** (Regensburg), **Eine Thyphus-Studie**. (Aerztl. Intelligenz-Blatt 1881. Nr. 3.)

Im Spätsommer 1880 erkrankte zu Regensburg eine ganze Familie in rascher Aufeinanderfolge an Typhus abdominalis. Da zur Zeit im ganzen Stadtbezirke kein anderweitiger Typhusfall vorgekommen war und diese Erkrankungen unmittelbar nach der Rückkehr von einem länger dauernden Sommeraufenthalt aufgetreten waren, durfte die Entstehungsursache nicht in den localen Verhältnissen R.'s, sondern eher in einer auswärtigen Infection gesucht werden.

Die näheren Erkundigungen in dem Städtchen R. in Tirol, wo die Familie in dem höchstgelegenen Hause des Wirthes B. im 1. Stock gewohnt hatte, ergaben, dass, während seit Jahren kein Typhusfall vorgekommen war, im April 1880 ein junger Bauer von einer Krankheit befallen wurde, bei der die Diagnose Typhus zweifelhaft war, die Wohnung dieses Pat. ist nicht sehr weit von dem Wirthshause entfernt.

Im Juli 1880 erkrankte dann eine Frau aus Wien nach 5-wöchentlichem Aufenthalt im 2. Stock des Wirthshauses und nach ihr eine Reihe von Bediensteten und Familiengliedern des Wirthes, im Ganzen 25 Personen mit 2 Todesfällen.

Da die Frau aus Wien erst nach 5-wöchentlichem Aufenthalte erkrankte, die Incubationsdauer somit längst überschritten war, kann eine Einschleppung durch diese nicht angenommen werden.

Aus der raschen Verbreitung der Erkrankung in dem betr. Hause lässt sich mit Sicherheit der eine Schluss ziehen, dass der betr. Boden damals die Bedingungen in sich trug, um den originären oder den eingeschleppten Typhuskeim zur wirklichen Entwicklung kommen zu lassen.

Seifert (Würzburg).

282. **A. Laveran, Sur un nouveau parasite trouvé dans le sang des malades atteints de fièvre palustre.** Ueber einen neuen im Blute der Malariakranken gefundenen Parasiten. (L'Union médicale 1881. Heft 95.)

L. hat unter 44 Beobachtungen des Blutes Malariakranker 29 mal Mikroorganismen gefunden, welche er für Parasiten thierischen Ursprungs hält und als die Träger des Malariagiftes ansieht. Er unterscheidet 3 Formen. Die erste Form wird gebildet durch längliche, an den Enden mehr oder weniger zugespitzte, oft halbmondförmig gekrümmte oder ovale Körperchen von 8—9 μ Länge und 3 μ Breite. Sie sind sehr fein contourirt, transparent und ungefärbt, mit Ausnahme der Mitte, wo ein aus rundlichen, pigmentkörnchenähnlichen und zuweilen kranzförmig angeordneten Granulationen gebildeter schwarzer Punkt existirt. Diese Körperchen zeigen keine Bewegungen und ändern nur sehr langsam ihre Gestalt. Die Elemente der 2. Gruppe haben in der Ruhe Kugelform, mit einem Durchmesser von im Mittel 6 μ, sind fein contourirt und zeigen in der Mitte ebenfalls die erwähnten dunkel pigmentirten Körnchen. Im Zustande der Bewegung sieht man von diesen Körperchen sehr durchscheinende und sich lebhaft und rasch bewegende fadenförmige, am freien Ende etwas verdickte Fortsätze ausgehen. Ihre Zahl beträgt meist 3—4, ihre Länge übertrifft den Durchmesser der rothen Blutkörperchen um das 3—4-fache. Die runden Körperchen selbst zeigen oscillatorische Bewegungen und verändern öfters ihre Stellung und Form, indem sie sich verlängern, verbreitern und dann wieder ihre runde Gestalt annehmen. Zuweilen löst sich ein Fortsatz ab und bewegt sich dann frei zwischen den rothen Blutkörperchen. Die Elemente der 3. Gruppe stellen sphärische Körperchen mit einem Durchmesser von 8—10 und mehr μ dar. Sie sind leicht granulirt, bewegen sich nicht und haben keine Fortsätze. In ihrem Innern sieht man unregelmässig angeordnete Häufchen von Pigmentkörnchen. Ausser diesen 3 Formen hat L. fast immer kleine, runde, glänzende Körperchen und Pigmentkörnchen von feuerrother oder hellblauer Farbe, letztere entweder frei oder in die Elemente der 3. Gruppe oder in Leukocyten eingeschlossen, gefunden. L. verwahrt sich gegen den Einwurf, dass es sich um Kunstprodukte handle; er habe die Präparation immer mit grosser Vorsicht angestellt und nie ähnliches im Blut anderer Kranken gefunden. Auch habe er eine zunehmende Verminderung dieser Gebilde mit unter Chiningebrauch fortschreitender Besserung gefunden. Die Elemente der 2. Gruppe hat er in grösster Anzahl in dem kurz vor einem Fieberanfall entnommenen Blute gefunden. Dass die Untersuchung bei einer Reihe von Kranken negative Resultate ergeben habe, erkläre sich daraus, dass diese Kranken schon einer mehrtägigen Chininkur unterworfen gewesen seien. Es könne sich bei diesen Gebilden auch nicht um veränderte Blutkörperchen handeln. Dagegen sprächen die Eigenthümlichkeiten der Gestalt und die Lebhaftigkeit der Bewegungen. Bei den Elementen der 3. Gruppe könne man an Leukocyten denken, die Pigmentkörnchen aufgenommen haben; doch fehle bei Ersteren immer der Kern, auch

färben sie sich viel schwieriger mit Carmin als Letztere. L. glaubt vielmehr, dass es sich bei den 2 Gruppen um verschiedene Phasen der Entwicklung desselben Parasiten handle, als deren erste Stufe er die beschriebenen kleinen glänzenden Körperchen ansieht. Den Uebergang von 2 in 3 will er unter dem Mikroskop beobachtet haben. Betreffs der weiteren Hypothesen über Natur etc. der Gebilde muss auf das Original verwiesen werden. Schliesslich macht L. darauf aufmerksam, dass man im Blute von Individuen, die an perniciösen Wechselfiebern gestorben waren, pigmentirte zellige Elemente gefunden hat, die genau den Gebilden der 3. Gruppe gleichen.

Brockhaus (Godesberg).

---

283. **Dr. Votteler** (Assistent an der Distriktspoliklinik zu Leipzig), **Ueber Puls und Temperatur bei der tuberculösen Meningitis im Kindesalter.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde XVII. Band. 1. Heft. 1881.)

Verfasser hat in 14 Fällen von acutem Hydrocephalus (darunter 12 mit tuberculöser Meningitis) welche in der Leipziger Distriktspoliklinik zur Beobachtung kamen, genaue Vergleichungen des Verhaltens von Puls und Temperatur vorgenommen. Da die Pulsabnormität, gewöhnlich Irregularität und Verlangsamung zugleich für die Meningitis tuberculosa wie bei keiner andern Krankheit charakteristisch ist, so unterscheidet er 3 Stadien: vor, während und nach der Zeit des abnormen Verhaltens des Pulses. Diese Pulsabnormität ist nach dem Verfasser nicht von dem Exsudat durch Druck auf den Vagusstamm an der Basis abhängig, denn in einem Falle war Unregelmässigkeit und Verlangsamung ohne basales Exsudat vorhanden, sondern dieselbe ist bedingt durch den Druck des rasch wachsenden Hydrocephalus auf den Vaguskern des 4. Ventrikels. Die Temperaturen waren im I. Stadium febril, im II. niedrig, im III. stiegen sie analog dem Pulse in die Höhe. Die Temperaturerniedrigung kann entweder direkt von der Pulsverlangsamung abhängig sein, indem durch die Pulsverlangsamung eine Verminderung der Wärmeproduction eintritt, indem die Sauerstoffaufnahme in den Lungen und damit die oxydativen Vorgänge im Körper beeinträchtigt werden, oder der Hydrocephalus kann Ursache für Temperaturerniedrigung und Pulsabnormität zugleich sein, da durch die Versuche von Wood dargethan ist, dass sowohl Durchschneidung des vasomotorischen Centrums der Medulla oblongata, als auch Reizung von der Brücke zur Medulla herabsteigender Fasern, Sinken der Temperatur durch verminderte Wärmeproduction und vermehrte Abgabe zur Folge haben.

Kohts (Strassburg).

---

284. **Joffroy et Hanot, Sur les accidents bulbaires aigus observés dans la première periode de l'ataxie locomotrice.** Akut auftretende bulbäre Erscheinungen in der ersten Periode des Tabes. (Progr. médic. 1881. Nr. 31.)

M. D., 47 Jahre alt, Notar, begann a. 1879 an ziehenden Schmerzen in den Beinen zu leiden; im Laufe desselben Jahres stellte sich eine Perversion des Geschmacks ein, so dass alles Süsse ihm bitter schien, ferner Ohrensausen und ein geringer Grad von Blasenschwäche. Im August 1880 trat plötzlich eine Paralyse des Gaumensegels und eine Parese der Pharynxmuskulatur auf mit nasalem Sprechton und den gewöhnlichen Schlingbeschwerden; zugleich ergab die Untersuchung eine ungleichmässig vertheilte intensive Verminderung der Sensibilität an beiden Gesichtshälften und an der Zunge, und einen geringen Grad von Lähmung des rechten Facialis. Im Dezember 1880 konstatirte J. ausserdem vollständigen Verlust des Patellarreflexes beiderseits, Blasenschwäche, Anaphrodisie und Anästhesie an verschiedenen Stellen des Körpers; keine Coordinationsstörung. Eine zweimonatliche Behandlung (Hydrotherapie, konstanter Strom und Secale cornutum) bewirkte bedeutende Besserung; insbesondere wurde die Deglutition und Phonation normal, und die Blasenschwäche und Anaphrodisie verschwand.

B., 50 Jahre alt, Handwerker, bis dahin gesund, wurde am 5. März 1881 von einer Schwäche der Beine befallen, welche ihm das Gehen unmöglich machte; zugleich vermochte er den Mund und die Augen nicht zu schliessen, der Schlingakt war beeinträchtigt und er litt an heftigen Kopfschmerzen. Am 12. ergibt die Untersuchung: Der Mund ist halb offen und kann, ebenso wie die nicht blinzelnden Augenlieder nur mit Hüfe der Hand geschlossen werden; die Gesichtsfalten sind verwischt, Kauen und Sprechen sind behindert, die Pupillen dilatirt, die Zunge kann nur wenig vorgestreckt werden, die Speisen haben keinen Geschmack, rechts beträchtliche Taubheit. Geringe Schwäche in den Armen, Gürtelgefühl, Ameisenkriechen in den Händen, Anästhesie an den Füssen und am linken Bein, stellenweise auch an den Armen und an der Brust; Gang unsicher, insbesondere bei geschlossenen Augen, kein Patellarreflex, Obstipation. Unter Jodkali-Gebrauch (ob Syphilis vorhanden gewesen, blieb unbestimmt) besserte sich der Zustand bald; ausser einer geringen Inkoordination beim Gehen bleibt nur eine geringgradige doppelseitige Facialis-Lähmung.

In dem ersteren der beiden Fälle bestand die Tabes schon, bevor die Bulbärsymptome erschienen; in dem zweiten dagegen waren dieselben das erste Zeichen der Krankheit. Beide Fälle aber sind dadurch bemerkenswerth, dass in der ersten Periode der Krankheit plötzlich und deutlich ausgesprochene Bulbärerscheinungen auftraten, welche motorische und sensibele Nerven betrafen. Bemerkenswerth ist ferner die bald eintretende Besserung; dieselbe macht es wahrscheinlich, dass es sich nur um cirkulatorische und zwar hyperämische Störungen handelte. In anderen Fällen könnte die Hyperämie sich zur Apoplexie

steigern, und unsere beiden Fälle beweisen desshalb nicht, dass die Fälle von Tabes mit primären Bulbärsymptomen immer eine gute Prognose geben.

E. Bardenhewer.

---

285. **Lizé, Notes sur quelques symptomes laryngo-bronchiques de l'ataxie locomotrice progressive.** Bemerkungen über einige laryngo-bronchitische Symptome bei Tabes. (L'Union médicale. Nr. 100.)

Nach L. hat Féréol zuerst im Jahre 1868 auf einige bei Tabes zuweilen eintretende laryngo-bronchitische Affectionen aufmerksam gemacht und dieselben in folgender Weise beschrieben. Theils spontan, theils nach geringfügigen äusseren Schädlichkeiten unter dem Einflusse einer die Reflexthätigkeit erheblich steigernden Hyperästhesie entwickeln sich heftige Anfälle eines rauhen, krampfhaften, erstickenden Hustens, ganz ähnlich den Keuchhustenanfällen und gefolgt von seufzenden lauten Inspirationen. Daneben besteht Cyanose der Haut, mehr oder weniger reichlicher Schweiss, zuweilen heftige Schmerzen im Rücken und in den Schultern. Die Resultate der physicalischen Untersuchung der Brustorgane sind meist negativ; der Auswurf fehlt oder ist ganz unbedeutend; es besteht weder Asthma noch Emphysem und die Anfälle gehen meist rasch und ohne irgend welche Spuren zu hinterlassen, vorüber. L. beobachtete folgenden ähnlichen Fall. Bei einem an ausgesprochener Tabes leidenden 49 j. Mann stellten sich unter dem Einflusse heftiger Kälte die oben beschriebenen Anfälle ein; dieselben wiederholten sich mit kurzen Intervallen während mehrerer Stunden und waren von einem Gefühl von Oppression und Müdigkeit gefolgt. Bei der Auscultation auf der Höhe der Anfälle hörte man nur vorübergehend zischende Geräusche und einzelne crepitirende Rhonchi. Der Auswurf war spärlich, fadenziehend von weisslicher Farbe. Herztöne rein. Puls 110. Zugleich bestand heftiger Krampf des Pharynx, so dass Schlucken absolut unmöglich war. Diese Anfälle wiederholten sich im Verlauf der folgenden Tage; Lavements mit 2 Gramm Bromkali und reizende Fussbäder brachten nur vorübergehend Erleichterung. Ein Versuch, Flüssigkeiten mittelst der Schlundsonde in den Magen zu bringen, misslang, indem durch sofort eintretende Contractionen des Magens und Zwerchfells das Eingeführte zurückbefördert wurde. Nach punktförmiger Application des Glüheisens längs der Wirbelsäule schien sich der Zustand etwas zu bessern, doch erfolgte am 8. Tage nach dem ersten Anfalle der Tod während eines solchen. Die Autopsie konnte nicht gemacht werden. Dass eine Affection des respiratorischen Centrums im verlängerten Mark vorliegt, stellt der Symptomencomplex nach L. ausser jeden Zweifel; er ist geneigt anzunehmen, dass bei der beträchtlich erhöhten reflexorischen Erregbarkeit der durch die heftige Kälte auf die Haut ausgeübte Reiz eine zu starke Erregung der Medulla oblongata hervorgerufen habe. Bemerkenswerth ist der Fall noch dadurch, dass während in den übrigen einschlägigen Beob-

achtungen die beschriebenen Hustenanfälle sich in der ersten Zeit der tabetischen Erkrankung einstellten und sich im weiteren Verlauf verloren, hier dieselben nach längerem Bestehen der Tabes auftraten und das letale Ende herbeiführten.

Brockhaus (Godesberg).

---

286. **Brown-Séquard, Des phénomènes unilateraux, inhibitoires et dynamogeniques dus à une irritation des nerfs cutanées par le chloroforme.** (Comptes rendus 1881. T. XCII. Nr. 26.)

Durch Reizung der Haut mittelst Chloroform (Aufträufeln desselben, bei sorgsamer Vermeidung gleichzeitiger Inhalation) erzeugte Verf. an zahlreichen Thieren (Hunden, Kaninchen, Katzen u. A.) sehr mannigfache nervöse Störungen, nämlich:

1. Fast stets an der Applicationsstelle Contraction des Hautmuskels.
2. Motorische Reizungserscheinungen der verschiedensten Art, die bald auf der Applicationsseite bald auf der entgegengesetzten auftraten. So: Nystagmus, Strabismus, Tremor, Contracturen, bestimmte Zwangsbewegungen u. A.
3. Motorische und sensible Lähmungssymptome, wie: Lähmung einer ganzen Körperhälfte, spinale Hemiplegie, Anästhesie einer Extremität u. A.
4. Besonders hervorgehoben wird die einseitige Parese des n. phrenicus und der zugehörigen Zwerchfellshälfte bei erhöhter Erregbarkeit der andern Seite, — es tritt dies sonst constant auf bei Application des Chloroforms auf die Haut des Thorax, dabei wird die Applicationsseite die stärker erregbare.

Br.-S. fasst alle diese Erscheinungen auf als hervorgerufen durch Reizung der Hautnerven.

Lüderitz (Jena).

---

287. **Prof. Monti** (Wien), **Ein Beitrag zur Lehre von der arteritis umbilicalis.** (Archiv für Kinderheilkunde II. Band, 10. und 11. Heft 1881.)

Verf. theilt einen Fall von arteritis umbilicalis mit, welcher zur Pyämie führte, und tritt der von Bedaer und Widerhafer gemachten Angabe entgegen, dass die arteritis umbilicalis stets ein localer Process sei, der fast stets in Genesung ende und nie zur Pyämie führe. Bei einem gut entwickelten Kinde bildete sich vom 9. Tage an, ohne dass am Nabel etwas nachzuweisen war, unterhalb desselben eine Geschwulst, die immer mehr zunahm und schliesslich die ganze untere Bauchgegend einnahm. Es trat dann in weiterem Verlauf Ikterus und

Erysipel auf, welches sich diffus über den Körper verbreitete; es war dann weiter Milzschwellung zu constatiren, Erbrechen trat auf, es bestand Sopor und pyämisches Fieber und unter Convulsionen ging das Kind dann am Ende der 4. Woche zu Grunde.

Die Section ergab eine arteritis umbilicalis, der oben erwähnte Tumor ergab sich als ein Abscess hinter den Bauchmuskeln, welcher circa 200 gr grünlich-gelben, dünnflüssigen Eiter enthielt und das Peritoneum von der vordern Bauchwand abgelöst hatte; Peritonitis war nicht vorhanden.

Verfasser fasst in diesem Falle den Ikterus, das Erysipel, das eigenthümliche Verhalten der Temperatur, Milztumor, Erbrechen, Sopor, den Abscess in der Bauchhöhle als pyämische Erscheinungen auf und stimmt der schon von Runge hervorgehobenen Gefährlichkeit der arteritis umbilicalis vollkommen bei.

Kohts (Strassburg).

---

288. **Duplaix, Polyurie simple.** (Gazette des hôpitaux, 1881, N. 77.)

Die 58 Jahre alte Patientin begann vor 4 Jahren an heftigen Schmerzen in den Lenden, an Sehstörung in Form von Verdunkelung des Sehfeldes und an Polyurie zu leiden. Die beiden ersten Symptome schwanden bald und vollständig; die Polyurie besteht fort: Das Bedürfniss zu uriniren ist beständig und Nachts zu schlafen, ist der Patientin unmöglich. Dabei besteht heftiger Durst; genau so viel Wasser, wie die Pat. ausscheidet, nimmt sie zu sich. Der Appetit ist sehr gut, mitunter kaum zu befriedigen. Die Kranke ist in den vier Jahren beträchtlich abgemagert; die Haut ist trocken und glattglänzend. Sonst ist durchaus nichts Pathologisches nachzuweisen. Der Harn enthält keinen Zucker und kein Eiweiss, die Kranke erhielt täglich 0,005 Extr. Opii. Während der ersten fünf Tage des Hospitalaufenthaltes trank sie täglich 8 Liter Tisan und schied ebenso viel Harn aus. Das specifische Gewicht desselben betrug 1000—1002, und die 24-stündige Harnstoffmenge schwankte zwischen 16 und 21 gr. In den folgenden Tagen nahm das Quantum des Harns und ebenso das des Getränkes ab; als die Opiumgabe auf 0,05 und 0,1 erhöht wurde, machte die Besserung schnelle Fortschritte. Nach 35 Tagen wurden vier Liter getrunken und ausgeschieden; das specifische Gewicht des Harns stieg auf 1008, die Farbe desselben wurde gelblich; die Menge des Harnstoffs schwankte sehr; die Haut war noch trocken und glatt. — Es handelte sich nach D. um einen Fall von Diabetes insipidus.

E. Bardenhewer.

289. **Neisser, Weitere Beiträge zur Aetiologie der Lepra.** (Virch. Arch. Bd. 84. S. 514.)

Verf. untersuchte in Granada lepröse Organe, die theils von Leichen stammten, theils, so weit es Knoten der Haut betraf, von Lebenden excidirt waren. Betreffend das Vorkommen der von ihm und von anderen Seiten schon früher gesehenen, aber erst von ihm als specifisch für die Lepra erkannten Bacillen fand Verf., dass dieselben, was die Haut angeht, fast ausschliesslich in den sogenannten Leprazellen eingeschlossen vorkommen und zwar, noch relativ spärlich in den tiefern Lagen der Cutis, von wo sie nach oben hin immer mehr an Menge zunehmen. In des obersten Lagen finden sich sehr zahlreich eigenthümlich grosse runde scharf begrenzte Haufen von wachsartigem Glanze, und aus weiteren Beobachtungen geht hervor, dass diese Haufen dicht mit Bacillen infiltrirte und zur Degeneration gebrachte Zellen sind. Ganz ebenso ist das Verhalten auf den Schleimhäuten. Auch in den Knorpel bis in dessen Zellen dringen die Bacillen vor. Ebenso fand Verf. die Mikroorganismen in der Cornea, den Hoden, Nebenhoden, Leber etc. und was besonders wichtig auch in den peripheren Nerven, deren interstitielle Processe identisch mit denen der Haut sind. Mit verschiedenen näher beschriebenen Methoden behandelt, boten die Bacillen ausser der gewöhnlichen glatten Form noch zwei weitere Formen. Einmal fanden sich Stäbchen mit kugeligen Anschwellungen, einer oder mehreren, im ersteren Falle länger als eine gewöhnliche, aber kürzer als zwei Bacillen, im zweiten Falle stets länger als 2 derselben. Und zweitens kamen Stäbchen vor mit einer und mehreren hellen ungefärbten Lücken. Verf. spricht diese Formen als Wachsthumsvorgänge, als Sporenbildungen an. Eine Reihe von experimentellen Beobachtungen, so angestellt, dass lepröse Hautstücke unter die Haut und in die Bauchhöhle von Thieren gebracht wurden, überzeugten den Verf., dass die Bacillen die Ursache der Lepraerkrankung sind. Was den Verbreitungsweg der Bacillen am Organismus angeht, so ergab sich aus Untersuchungen und Züchtungen des Blutes, dass in diesem keine Bacillen vorhanden waren. Es wird daher am besten das Lymphgefässsystem als Träger angesehen. Es spricht dafür ausser anderen Gründen die Anordnung der stäbchenhaltigen Zellen im Corium und die ungemeine Anschwellung der bacillenhaltigen Lymphdrüsen. Nach alle Diesem kommt Verf. zu der Hypothese, dass die Lepra eine Bacterienkrankheit ist, hervorgerufen durch specifische Bacillen, die in den Körper eindringend von anfänglichen Depositorien aus in die verschiedensten Organe gelangen.

Ribbert.

---

290. **Campana Roberto, Note cliniche ed anatomiche sulla lepra.** Klinische und anatomische Bemerkungen über den Aussatz. (Ann. univ. di med. e chir. 1881. Heft 4 u. 5.)

C. hat 16 Fälle von Lepra (Elephantiasis graecorum) beobachtet; er unterscheidet 4 Formen: die maculöse, tuberculöse, die anästhetische

und Mischformen. Im Anschluss an vier genauer beschriebene Fälle und mit Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur bespricht Verf. sodann die Symptomatologie, die feinere und gröbere pathologische Anatomie und die Therapie des Aufsatzes, gibt die Abbildungen einer Reihe von Haut-Nerven- und Muskelpräparaten, und stellt zum Schluss folgende Sätze auf:

1. Ausser den bekannten Veränderungen im peripheren Nervensystem der Aussätzigen findet sich eine besondere Form der Gefässerkrankung unter dem Bilde der Endoarteritis.

2. Am Herzen beobachtet man zuweilen als Ausdruck der leprösen Erkrankung das Auftreten subpericardialer Knoten.

3. Die Temperatur ist erhöht an den Hautstellen, an denen sich frische erythematöse Flecken zeigen, oder die von Nerven versorgt werden, welche an beginnender Neuritis leprosa erkrankt sind.

4. Neben den gewöhnlichen Hauteruptionen beobachtet man zuweilen phlyctänuläre Formen, in andern Fällen tritt die Hautaffection mehr zurück.

5. Die lepröse Neubildung, ihrem anatomischen Charakter nach zur Gruppe der Granulome gehörig, hat das Eigenthümliche, dass sie in den von ihr ergriffenen Geweben keine Hypertrophie des Bindegewebes hervorruft; es ist dies in so fern ein ungünstiges Moment, als der das Wachsthum der Neubildung beschränkende Einfluss der Bindegewebshypertrophie nicht zur Geltung kommt. Der Sitz der leprösen Neubildung ist hauptsächlich das fettführende Gewebe.

6. Gewisse Eruptionsformen bei Lepra, z. B. die pemphigoiden, sind nicht allein als Folgeerscheinungen der Neuritis und der durch sie hervorgerufenen Ernährungsstörungen in den Nerven anzusehen; es sind vielmehr hierbei wahrscheinlich noch andere Momente, Blutstase, Functionsstörungen und Veränderungen in den Blutgefässen der Nerven im Spiele.

7. Bezüglich der Therapie ist das Hauptgewicht auf gute Ernährung und Herbeiführung günstiger hygienischer Verhältnisse zu legen. Die von Milton u. A. empfohlene innere Anwendung des Chaulmograöls muss noch weiter auf ihren Werth geprüft werden. Das Chrysarobin, äusserlich applicirt, wirkt nur in den maculo-erythematösen und tuberculösen Formen frischen Datums. Bei circumscripten, ulcerirenden oder stark prominirenden Knoten in der Haut kann die Excision unter aseptischen Cautelen mit Vortheil gemacht werden.

Brockhaus (Godesberg).

---

291. **Prof. Abelin, Mittheilungen aus der pädriatrischen Klinik am allgemeinen Kinderhause in Stockholm.** (Archiv für Kinderheilkunde II. Bd. 10. u. 11. Heft. pag. 393—404.)

Die Stockholmer Kinderklinik, an welcher jeder junge Mediciner, um für das Staatsexamen zugelassen zu werden, während 4 Monaten

8 Stunden jede Woche praktisch thätig gewesen sein muss, besteht aus 2 Abtheilungen, einer stationären Klinik und einem Ambulatorium.

Von epidemischen Krankheiten ist hauptsächlich Keuchhusten vorgekommen, fast alle im Alter von 2—6 Jahren. Säuglinge wurden nur sehr wenige davon befallen; die Behandlung war eine hauptsächlich stärkende und tonisirende, kräftige Diät, Chinin, Malzextract, Wein, Leberthran; zur Erleichterung der Expectoration wurden warme Wasserdampfinhalationen gemacht. Inhalationen von Carbolsäure, Salicylsäure, benzoesaurem Natron hatten keinen besonderen Effect. Von Salpetersäure (1 Theil Salpetersäure zu 2—3 Theilen tinct. chin. compos. 5—6 Tropfen alle 2 Stunden) hat Verfasser in Fällen, wo Neigung zu Blutung aus Nase und Luftröhre vorhanden sind, öfters vortheilhafte Wirkung beobachtet; in Fällen, wo regelmässig Erbrechen auftritt, blausäurehaltige Mittel.

Von Cachexien war die Rachitis am meisten repräsentirt; neben feuchten, ungesunden, dunkeln Wohnungen glaubt Verf. die Aetiologie hauptsächlich in dem frühzeitigen und reichen Gebrauch von stärkemehlhaltigen Nahrungsmitteln zu finden, hereditäre Anlage und Syphilis schliesst Verfasser aus. Die Behandlung der Rachitis war eine allgemein kräftigende; gegen den chronischen Darmkatarrh empfiehlt Verf. sehr warm das Carlsbader Wasser in einer Dose von 15—20 gr.

Kohts (Strassburg).

---

292. **Dr. Th. v. Genser, Vergiftung durch Carbolsäure nach äusserer Anwendung derselben bei einem 14 Tage alten Kinde.** (Archiv für Kinderheilkunde. I. Band. 12. Heft, 1881.)

Ein kräftiges, 14 Tage altes Kind hatte in der rechten Axelhöhle einen 20-Kreuzerstück grossen Substanzverlust der Haut, welcher mit in 2% Carbolsäurelösung getauchter Charpie bedeckt wurde. Da die Nekrose nach einigen Tagen sich rasch verbreitet, wurde 5% Carbolsäure verordnet; nach mehreren Stunden trat plötzlicher Collaps, unregelmässige und mühsame Respiration, kühle Temperatur und unaufhörliches Erbrechen ein, der Urin zeigte die für Carbolaufnahme in den Organismus charakteristische dunkle Färbung. Der Tod erfolgte 2 Tage später, nachdem noch Convulsionen sich eingestellt hatten, unter Collaps.

Die Section ergab die bei Carbolintoxicationen immer vorhandenen Erscheinungen: Hyperämie des Gehirns, der Lunge, Leber und Milz. Auffallend war nur, dass sich im Herzen und in den Gefässen Blutgerinnsel fanden, da bei der Carbolintoxication die Coagulabilität des Blutes vermindert ist.

Kohts (Strassburg).

---

293. **Chatin J., Sur la formation du kyste dans la trichinose musculaire.** Ueber die Bildung der Kapsel bei der Muskel-Trichinose. (Comptes rendus T. XCII. Nr. 26.)

Nachdem die Trichine in den Muskel gelangt ist, entsteht um sie herum eine reichliche Hyperplasie des intermusculären Bindegewebes, das dabei als eine amorphe, mit vielen Kernen ausgestattete, rasch an Umfang zunehmende und die Muskelfasern comprimirende Masse sich darstellt. In derselben treten zuerst feinste Proteïnkörnchen auf; darauf zeigen sich andere, alle Charactere des Glycogens darbietende Granulationen, durch welche das eigentliche Cystengewebe gebildet wird. Letzteres verdichtet sich in seinen äusseren Parthien zu einer Wandschicht, die einfach bleibt oder Schichtungen, Faltenbildung und andere secundäre Veränderungen annehmen kann. Das Sarcolemm nimmt an der Bildung der Cyste keinen Antheil, es bildet höchstens eine Art von Adventitia.

Lüderitz (Jena).

---

294. **Lochner** (Schwabach), **Trichinosis.** (Aerztliches Intelligenz-Blatt 1881. Nr. 23.)

Zum Beweise, dass das Kochen von Fleisch nicht vollkommen vor Trichinose schütze, bringt L. einen vereinzelten Fall von Tr. bei einem Manne, der niemals ungekochtes Fleisch gegessen habe.

Pat. gab an, einige Tage vor der ersten ärztlichen Untersuchung sehr stark im Gesicht geschwollen gewesen zu sein und jetzt starke Muskelschmerzen, Steifigkeit und Mattigkeit zu fühlen.

Es zeigten sich auch die Muskeln dick, steif, gegen Druck sehr empfindlich, jedoch kein Hautödem, aber starke Erhöhung der Körpertemperatur und die mikroskopische Untersuchung einer mit der Harpune aus dem rechten Arm entnommenen Fleischprobe ergab 2 lebende gestreckte Trichinen, die sich im Präparat bald aufrollten.

Nach 4 Tagen Nachlass des Fiebers und der Muskelschmerzen, nach weiteren 3 Tagen Entlastung mit völliger Beschwerdelosigkeit.

Die Untersuchung der nur noch sehr spärlichen Fleischvorräthe war völlig negativ.

Es kann, wenn auch alles Fleisch gekocht und gebraten gegessen wird, dennoch der Eine oder der Andere ein Stückchen bekommen, in dem sich noch einige Trichinen entwicklungsfähig erhalten haben. Auf solche Weise kommen zerstreute Trichinenfälle vor, die leicht übersehen werden können.

Nur allgemein eingeführte mikroskopische Fleischbeschau kann vor Trichinose schützen.

Seifert (Würzburg).

295. **Ernst Kormann, Erfahrungen und Versuche über die Verwendbarkeit des H. O. Opel's Nährzwieback als Nebenkost für Säuglinge und an Rachitis leidende Kinder.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde XVII. Band. I. Heft 1881.)

Verf. hat in 20 Fällen Opel's Nährzwieback bei Kindern in verschiedenem Alter angewandt, in 11 Fällen sind genaue Wägungen gemacht worden; auf Grund deren zieht Verfasser folgende Schlussfolgerungen:

1. Der Nährzwieback ist als Beihilfe zur Ernährung vom 6. Monat an sicher, in vielen Fällen bereits vom 4. Lebensmonate ab verwendbar.

2. Der Zwieback übertrifft alle bisher üblichen Backwerke mindestens durch seinen Phosphatgehalt.

3. Er vermehrt die absolute und relative Körperzunahme und führt dem Knochensystem die nöthigen Salze zu.

4. Rachitis wird durch ihn gebessert, vielleicht auch bei längerem Gebrauch zum Stillstand gebracht.

2. Opel's Nährzwieback ist nicht zu theuer, entschieden sogar billiger als einige der gebräuchlichen Gebäcke und Kindermehle.

Kohts (Strassburg).

---

296. **Uffelmann** (Rostock), **Die Seehospize für scrophulöse Kinder zu Venedig, Loano und Cagliari, sowie die Heilresultate derselben.** (Archiv für Kinderheilkunde II. Bd. 10. u. 11. Heft. 1881, pg. 410—426.)

In diese Kuranstalten werden scrophulöse und rachitische Kinder aufgenommen; die Kur besteht darin, dass die Kinder baden, sehr viel im Freien am Meeresstrande sich bewegen, Leibesübungen vornehmen und mit einer möglichst kräftigen Kost genährt werden; die Kurperiode dauert verschieden lang, an den einzelnen Seehospizen, 5—10 Wochen. Die Resultate, die in jährlichen Berichten mitgetheilt werden, sind so vorzügliche, wie sie keine andere Behandlung der Scrophulose zu erzielen vermag. Es werden im Ganzen 3 Formen von Scrophulose unterschieden:

1) oberflächliche Scrophulose, die auf der Haut und den Schleimhäuten localisirte Form;

2) eiternde Drüsentumoren;

3) Gelenk- und Knochenaffectionen.

Die Berichte geben an, dass der grössere Theil der Patienten, welche an der ersten Form, der oberflächlichen Haut- resp. Schleimhautscrophulose litten, schon im ersten Jahr radical geheilt, der andere bedeutend gebessert wurde, während bei Patienten mit Drüsentumoren und Gelenk- und Knochenaffectionen nach 2 oder 3 Kuren Heilung und Besserung eintrat.

Kohts (Strassburg).

Neue Bücher.

Anderson and others, the sanitary care and treatment of children and their diseases, series of five essays, prepared by request of the trustees of the Thomas Wilson Sanitarium. Boston. 10 M.

Bartholow, A practical treatise on electricity in its applications to medicine. Philadelphia. 10 M.

Beard, american nervousness; its causes and consequences: a supplement to nervous exhaustion (neurasthenia). New-York. 6 M.

Bouchardat, Traité d'Hygiène publique et privée. Paris, Germer Baillière et Co. 18 fr.

Charcot, Ueber die Localisation der Gehirn- und Rückenmarks-Krankheiten. Gesammelt und veröffentlicht von Bourneville und Brissaud. Ins Deutsche übertragen von Fetzer. Zweite Abtheilung. Mit 44 Holzschn. Stuttg., Bouz et Co. 4 M.

Charcot, Leçons sur les conditions pathogéniques de l'Albuminurie, recueillies par Brissaud. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 2 fr.

Debierre, Du décollement rétinien et de son traitement avec 5 planches. Paris. Delahaye et Lecrosnier. 3 fr.

Dupeyrat, Recherches cliniques et expérimentales sur la pathogénie de l'érysipèle. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 2 fr. 50 cts.

Edmonds, W. A., Treatise on diseases peculiar to infants and children. New-York. 10 M.

Ferrand, De la curabilité relative de l'épilepsie à la Salpétrière. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 1 fr. 50 cts.

Fournier, Un cas de syphilis cérébrale. Details anatomo-pathologiques. Avec une planche. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 2 fr.

Frey und Heligenthal, Die heissen Luft- und Dampfbäder in Baden-Baden. Experimentelle Studie über ihre Wirkung und Anwendung. Mit 4 Tafeln. Leipzig, F. C. W. Vogel. 5 M.

Hart, Diseases of the nervous system: treatise on spasmodic, paralytic, neuralgic and mental affections; for the use of students and practitioners of medicine; with clinical illustrations. New-York. 12 M.

Hublé, Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 3 fr.

Mendel, Die Manie. Eine Monographie. Wien, Urban & Schwarzenberg. 4 M.

Reichart, Desinfection und desinficirende Mittel zur Bekämpfung gesundheitlicher Einflüsse, wie Erhaltung der Nahrungsstoffe, in gemeinnützigem Interesse besprochen. 2. Aufl. Stuttg. Enke. 3 M.

Schultze, Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter. Mit 120 Holzschnitten. Berlin, Hirschwald. 7 M.

Vogt, Der alte und der neue Impfglaube. Zürich. 4 M. 50 Pf.

Westergaard, Die Lehre von der Mortalität und Morbilität. Anthropologisch-statistische Untersuchungen. Erste Abtheilung. Jena, Fischer. 7 M.

Wilbrandt, Ueber Hemianopsie und ihr Verhältniss zur tropischen Diagnose der Gehirnkrankheiten. Berlin, Hirschwald. 5 M.

Ziegler, Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie und Pathogenese. Mit einem Anhange über die Technik der pathologisch-anatomischen Untersuchung. Für Aerzte und Studirende. I. u. II. Theil. 1. Hälfte. Jena, Fischer. 12 M.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 27. August. Nro. 21.

297. **Dr. Bassanowitz, Ein Fall von Intermittens mit einer Temperatursteigerung bis 46° C.** (Medicinskoje Obosrenije 1881. Januarheft.)

Ein Fall von Febris intermittens, complicirt mit Pleuritis, ist seiner ungewöhnlich hohen Temperatursteigerung wegen erwähnenswerth. Während eines Fieberparoxysmus stieg die Temperatur auf 46° und hielt auf dieser Höhe 8 Min. an, worauf sie auf 41°,8 fiel, dann aber ³/₄ Stunde auf 41° blieb. Trotz solcher enormen Temperatursteigerung waren keine psychischen Alterationen wahrzunehmen. Das Thermometer war richtig.

Krusenstern (Petersburg).

---

298. **Dr. Motschutkofsky, Einzelne Beobachtungen über Rückfallstyphus.** (Wratsch, Nr. 25. 1881.)

Zwei Patienten, Mutter von 22 J. und ihr Sohn von 5 J. erkrankten am selben Ort und zur selben Zeit an Febris recurrens. Die Krankheit verlief bei beiden ausserordentlich gleichartig: die Anfälle waren

von gleicher Dauer, traten zu derselben Tageszeit ein (der Unterschied betrug kaum zwei Stunden); Erbrechen im Beginn des Anfalls, heftige Kopfschmerzen in ersten 2 Tagen, schwach angedeutete Roseolen auf der Brust und auf dem Unterleibe, mässige Muskelschmerzen, Obstruction in den ersten 4 Tagen, worauf der Stuhlgang wieder normal wurde, mässige Leber — und Milzschwellung — waren die vollkommen gleichen Erscheinungen bei beiden; ebenso auch der kritische Frostanfall und der starke profuse Schweiss, welcher 3 Tage andauerte und Abends unter Frösteln zeitweise aussetzte.

Autor hebt hervor, dass das Kind der Mutter ganz ausserordentlich ähnlich sah und glaubt eben in dieser Aehnlichkeit den Grund der Gleichartigkeit der Erkrankung zu finden.

Ferner beobachtete Motschutkofsky bei zwei Recurrenskranken Anschwellung einiger Lymphdrüsen. Der eine Patient, welchen Verfasser erst im zweiten Anfall zur Beobachtung bekam, zeigte scrophulösen Habitus, soll aber vor der Erkrankung an Febris recurrens nur eine einzige geschwollene Drüse in der Submaxillargegend gehabt haben. Im Verlauf des Rückfallstyphus schwollen die Lymphdrüsen in Inguinal-, Hals- und Axillargegenden an und wurden gegen Druck empfindlich. — Die Drüse, welche schon früher vergrössert war, zeigte eine weitere Vergrösserung erst ein paar Tage später. — Nach der Krisis blieb die Temperatur noch einige Tage erhöht, subfebril, bis die Drüsen sich allmählich verkleinerten und ihre Empfindlichkeit verloren. Beim zweiten Pat. (alter Syphilitiker) wurde acute Anschwellung einiger Hals- u. Inguinaldrüsen am dritten Tage des ersten Anfalls bemerkt. Vor der Erkrankung waren die Drüsen hart und nicht empfindlich. Die Anschwellung schwand in der Apyrexie nicht vollständig, die Empfindlichkeit aber verlor sich ganz gegen Ende der fieberfreien Zeit, stellte sich jedoch mit dem Fieber abermals ein; nach Ablauf der Erkrankung liess die Schwellung ziemlich schnell nach.

Krusenstern (Petersburg).

---

299. **Sovel, Note sur un cas de fièvre tellurique avec Hématurie intermittente.** Bemerkungen über einen Fall von Wechselfieber mit intermittirender Hämaturie. (L'Union médicale. 1881. Nr. 109.)

Der Fall betrifft einen 43 j. Arbeiter, der seit 6 Jahren regelmässig im Sommer Intermittensanfälle gehabt hatte. Bei seiner Aufnahme ins Hospital zeigte er ausgeprägte Malariakachexie; die Milzgegend spontan und gegen Druck schmerzhaft, Milzschwellung mässig. Am Morgen des 12. Tages nach der Aufnahme Fieberanfall mit Entleerung eines blutigen Harnes, in dem die Untersuchung rothe Blutkörperchen und Hämatin nachwies. Nach dem Anfall wurde der Urin wieder klar und zeigte Spuren von Eiweiss. Diese Anfälle wiederholten sich an den 3 folgenden Tagen in der Weise, dass die Entleerung des bluthaltigen Urin dem Fieberanfall voranging, dann folgten an den 4 nächsten Tagen noch Fieberanfälle ohne Hämaturie. Immer

aber enthielt der Urin Spuren von Eiweiss. Die Therapie bestand in kräftiger Diät und Chinin. Allmählich erholte sich Pat. vollständig, nur blieb noch längere Zeit Polyurie und es stellten sich dann und wann Kopfschmerzen ein, die dem Gebrauch von Chinin wichen. S. ist der Ansicht, dass zur Erzeugung der Hämaturie 2 Factoren mitgewirkt haben: die dyskrasische Blutbeschaffenheit und eine Nephritis geringen Grades; als direct veranlassendes Moment ist die starke Hyperämie der Nieren während des Froststadiums anzusehen.

Brockhaus (Godesberg).

---

300. **Petrone, Un caso di rachitide acuta.** Ein Fall von acuter Rhachitis. (An. un. di med. e chir. 1881. Heft 6.)

Der Symptomencomplex der acuten Rhachitis, wie er zuerst von Feist, später von Möller, Senator u. A. beschrieben ist, ist folgender. Bei Kindern von 4—16 Monaten entwickelt sich in Verbindung mit einem Gastro-Intestinalkatarrh (oder auch ohne einen solchen) und mit Anschwellung des Zahnfleisches und Gaumens ziemlich intensives Fieber, dem bald mehr oder weniger schmerzhafte Schwellungen der Epiphysen aller oder des grössten Theils der Röhrenknochen und der Schädelknochen folgen. Die Heilung erfolgt in den meisten Fällen nach wenigen Wochen; tritt der Tod ein, so ist er durch Complicationen bedingt. P. beobachtete folgenden Fall. Bei einem gut genährten und kräftig entwickelten 11 Monat alten Kinde gesunder Eltern — der Vater hatte als Kind an Rhachitis gelitten, doch waren keine Spuren dieser Erkrankung zurückgeblieben — stellten sich ohne irgend welche greifbare Ursache abendliche Temperatursteigerungen (bis zu 39,4° C.) ein, die gegen Morgen unter starker Schweissentwicklung an Kopf und Hals nachliessen. Appetit und Verdauung waren normal, dagegen vermied das sonst lebhafte Kind jede Bewegung der Extremitäten und schrie, wenn es aufgenommen wurde. Nach etwa 2 Wochen stellten sich gegen Druck schmerzhafte Anschwellungen der unteren Epiphysen des Radius, der Ulua, des Femur, der Tibia und Fibula beiderseits ein. Die entsprechenden Gelenke sind intact, die bedeckende Haut zeigt keine Veränderungen. Ausserdem ergab die genaue Untersuchung des ganzen Körpers ausser leichter Schwellung der Milz und einiger subcutaner Lymphdrüsen nichts Abnormes. Die Behandlung bestand in Darreichung von kleinen Chinindosen, Aq. Calcis und in kräftiger Ernährung; im Verlauf von 4 Wochen erfolgte vollständige Heilung. P. glaubt diesen Fall mit demselben Recht als acute Rhachitis auffassen zu dürfen, wie dies die oben genannten Autoren in ihren Fällen gethan haben, hält aber den Beweis, dass wirklich ein rhachitischer Process zu Grunde liege, erst dann für erbracht, wenn, was bisher noch nicht geschehen, exacte mikroskopische Untersuchungen der afficirten Knochen dies bestätigten. Er macht darauf aufmerksam, dass congenitale Syphilis in Fällen, die nicht in den ersten Wochen oder Monaten letal

endigen, im Stande ist ähnliche Affectionen hervorzubringen; eine genaue Anamnese und Untersuchung auf andere Symptome congenitaler Lues sei daher in ähnlichen Fällen stets erforderlich.

Brockhaus (Godesberg).

---

301. **B. Naunyn** und **J. Schreiber, Ueber Gehirndruck.** (Archiv für experim. Path. und Pharmakol. XIV. Bd. S. 1—112. 1881.)

Die Verfasser haben an Hunden Versuche angestellt über die Erscheinungen, welche durch Erhöhung des Drucks im Subarachnoideal- und im Subduralraum hervorgerufen werden.

I. Die Beziehungen des subduralen zum intrapialen (subarachnoidealen) Druck sind so innige, dass jede Steigerung des letzteren am hintersten Ende des Rückenmarks sich, wie der Versuch zeigt, fast ungeschwächt bis an die Hirnbasis und bis in die Ventrikel hinein fortpflanzt. Ob auch bis in die extrapialen Räume der Grosshirnconvexität, ist nicht zu erweisen. Doch ergiebt sich aus manometrischen Versuchen, dass vom Schädel her ein intragial (im Cavum subdurale) gesteigerter Druck sich schnell unvermindert auf den ganzen Arachnoidealsack und bis zur Caula equina hin überträgt. In umgekehrter Richtung geschieht dasselbe weniger prompt, wobei jedoch zu bedenken, dass das Grosshirn in Folge des von unten her wirkenden Drucks mit seiner Convexität die Trepanöffnung leicht verlegen kann.

II. Die Versuchsanordnung zum Zwecke des Studiums der Hirndrucksymptome bestand darin, dass in der Gegend der Cauda equina in den Arachnoidealsack eine Glascanüle eingeführt wurde, welche zur Zuleitung der mit einem Hg-Manometer in Verbindung stehenden Druckflüssigkeit ($^3/_4$ $^0/_0$ige erwärmte Kochsalzlösung) diente; Puls und Respiration wurden graphisch vom Thiere selbst aufgezeichnet. Stets wurde Narkose angewendet, mitunter auch Curare.

III. Die Symptomatologie des experimentell bei Hunden erzeugten Hirndrucks ist dieselbe, gleichgiltig ob letzterer intrapial (vom Subarachnoidealsack der Cauda) oder extrapial (vom Subduralraum des Schädels aus) erzeugt wird. Die Erscheinungen sind folgende:

1. Schmerzen. Sie treten am frühsten und bei den geringsten Graden des Drucks auf, besonders heftig bei plötzlicher Druckzunahme.

2. Von Störungen des Bewusstseins kommt nur die Bewustlosigkeit in Betracht, die noch am ehesten aus dem Aufhören des activen Characters der Respiration zu erkennen ist.

3. Krämpfe sind ebenfalls frühe Erscheinungen, meist zuerst klonisch, dann tonisch aber kurzdauernd. Eigentliche epileptische Anfälle sind selten.

4. Herzaction und Athmung. a) Schnell eintretende energisch wirksame kurzdauernde Compressionen erzeugen das „Hauptphänomen“. Verlangsamung des Pulses mit hohen und steilen Elevationen und fehlenden Respirationswellen, wie bei Vagusreizung. Die

dazu nöthige Druckhöhe und - Dauer variirt, beträgt im Allgemeinen 100—120 mm Hg durch 10—40 Secunden. Nach Aufhören des Drucks kehrt der Puls allmählich zur Norm zurück. — Die Respiration wird nach kurzer Beschleunigung stark verlangsamt und kann ganz aussetzen, doch ist dies Verhalten nicht so regelmässig wie die Aenderung des Pulses. b) Allmählich gesteigerte, kurzdauernde, energisch-wirksame Compression wirkt für den Erfolg ebenso wie die plötzlich in wirksamer Höhe einsetzende. c) Schwach wirksame d. h. nicht zum Hauptphänomen führende Compression erzeugt, wenn sie nicht ganz unwirksam bleibt, eine geringe Verlangsamung der Pulsfrequenz und fast stets dabei ein erhebliches Schwanken derselben. Die Respiration wird unregelmässiger beeinflusst: meist wird sie etwas langsamer und flacher; um eine fortdauernde Wirkung zu erhalten, sind die Druckhöhen bald zu steigern bald zu mindern; unmittelbar nach jeder Aenderung tritt gewöhnlich eine kurze wohl reflectorisch bedingte Beschleunigung der Respiration auf. d) An und für sich schwach wirksame oder unwirksame Compressionen werden im Anschluss an stärker wirksame — als „Nachdrücke“ — ebenfalls wirksam, sie bewirken eine Verzögerung der Ausgleichung. Dies betrifft vornehmlich das Verhalten des Pulses. e) Lang anhaltende, stark wirksame Compression. Ein zum Hauptphänomen führender Compressionsgrad wird stets früher oder später, sofern er lange genug unterhalten wird, tödtlich. Schon das Aussetzen der Respiration kann plötzlich zum Tode führen; meist aber kommt die Athmung von selbst wieder in Gang und zwar in ganz eigenthümlicher Weise: das Thier macht eine langdauernde krampfhafte In- und Exspiration, dann folgen in Pausen eine Reihe solcher Athemzüge, verschieden tief, aber stets krampfhaft. Gleichzeitig treten sanft ansteigende und abfallende Blutdruckwellen auf, die allmählich steiler werden und sich endlich zu förmlichen Sturzwellen des Blutdrucks gestalten. Gegen den Exitus hin werden die Wellen wieder niedriger, hören auf, der Blutdruck sinkt auf 0; die Pulse werden kleiner und frequenter, aber nicht frequenter als sie vor der Hirncompression waren; die Athmung erlischt und der Tod tritt ein.

5. Arterieller Blutdruck. Das erste graphisch nachweisbare Symptom des Hirndrucks ist die „primäre Erhebung“ des mittleren arteriellen Blutdrucks. Die Höhe derselben ist weder von dem Grade noch von der Dauer der Compression abhängig. Ihre Dauer geht, zwar unabhängig von dem Grade der Compression, doch parallel der sogen. Wirksamkeit der letzteren; meist hört sie früher auf als die Hirncompression selbst. Bei curarisirten Thieren ist die maximale Erhebung des Blutdrucks durchweg viel höher als bei nicht curarisirten. Am wahrscheinlichsten ist es, dass diese primäre Erhebung reflectorisch, durch die Zerrung sensibler Nervenfasern erzeugt wird. — Der primären Erhebung folgt die „maximale Erniedrigung“ des Blutdrucks, die bei kurzen energisch wirksamen Compressionen nicht selten bis zu 20 mm Hg beträgt und besonders bei langdauernden Drücken sich über Minuten hinziehen kann. In letzteren Fällen geht sie dabei in rhythmische Blutdruckwellen über. So ist es bei ätherisirten Thieren. Bei curarisirten ist die maximale Erniedrigung viel geringer und bedarf zu ihrer Erzeugung relativ viel höherer Druck-

grade. — Die Erklärung dieses Verhaltens des Blutdrucks sehen die Verf. in Folgendem. Durch die Hirncompression entsteht zunächst eine reflectorische Erregung der vasomotorischen Nerven und hierdurch die „primäre Erhebung". Als zweite Wirkung gesellt sich eine centrale Erregung des Vaguscentrums hinzu. Es werden somit zwei Apparate in Erregung gesetzt, welche auf den Blutdruck den entgegengesetzten Einfluss ausüben. Die Vagusreizung scheint jedoch später und weniger constant zu erfolgen; sie kann den Blutdruck um so mehr und um so schneller erniedrigen, je später sie einsetzt. Unterstützt wird sie dabei, wenn gleichzeitig als weiteres den Blutdruck erniedrigendes Moment Aussetzen der Athmung dazutritt. Letzteres führt aber wiederum zu einer Ausgleichung: es sammelt sich CO_2 im Blute an, es wird dadurch das vasomotorische Centrum erregt und damit die Erniedrigung des Blutdrucks wieder beseitigt. Dass bei curarisirten Thieren die maximale Erniedrigung in der Regel ausbleibt, erklärt sich dadurch, dass hier die den Blutdruck herabsetzende Wirkung des Aussetzens der Athmung in Wegfall kommt. — Die schon oben erwähnten bei langdauernden Compressionen auftretenden mehr oder weniger rhythmischen Blutdruckwellen zeigen folgendes Verhalten. Bei curarisirten Thieren, bei welchen die maximale Blutdruckerniedrigung selten ist und somit das Hauptphänomen meist allein in den der primären Erhebung folgenden langsamen Vaguspulsen besteht, ist zu unterscheiden 1) die „primäre Schwankung der Grundlinie" d. h. ein schwankendes Absinken des Blutdrucks bei Unterbrechung eines energisch wirksamen Drucks, 2) die „Erregungswellen" d. h. kurzdauernde, bisweilen sehr hohe der primären Schwankung aufgesetzte Wellen. Bei nicht curarisirten Thieren sind die Verhältnisse viel complicirter, hier kommt die in den verschiedenen Versuchen verschieden gestörte Respiration mit dem Einfluss, den sie ihrerseits auf den Blutdruck ausübt, hinzu. Die „Erregungswellen" erklären sich wie die sog. Traube-Hering'schen Wellen als bedingt durch selbständige central erzeugte vasomotorische Reizung. Die „primäre Schwankung der Grundlinie", eine unregelmässige Curve, hat sehr verschiedene Ursachen: Athmung, Bewegungen des Versuchsthieres, vorübergehend gesteigerte Pulsfrequenz u. A. m. — An den Pupillen wurden constante Erscheinungen nur in einem Fall beobachtet: hier wurden sie in rhythmischer Weise mit dem Ansteigen einer Blutdruckwelle weiter, mit dem Absinken wieder enger — vielleicht führte hier die Erregung der Med. obl. gleichzeitig zur Contraction der Gefässe und des Dilatator pupillae.

IV. Die Pathogenese des Hirndrucks. Die Ansicht, dass eine durch die Gefässcompression herbeigeführte Hirnanämie das Eintreten der Hirndruckerscheinungen vermittle, ist bisher nicht bewiesen, es sprechen aber für sie die folgenden Versuche. Es zeigte sich, dass eine einfache selbst längere Zeit hindurch angewandte Hirncompression und ebenso der Verschluss der 4 das Hirn mit Blut versorgenden Arterien (beide Karotiden und beide Subclaviae), wenn jeder dieser Eingriffe allein für sich wirkte, in einem speciellen Falle bei einem Thiere nicht zu Hirndruckerscheinungen führte, während beide Eingriffe zusammen sofort Pulsverlangsamung und Hauptphänomen ergaben. In einem andern Versuch wurde durch Compression der Bauchaorta der

Carotidendruck erhöht, und während dieser Zeit blieb eine intrapiale Compression von gewisser Stärke und Dauer ganz unwirksam; der Verschluss der Aorta wurde aufgehoben, und indem nun der Blutdruck wieder sank, trat sofort Pulsverlangsamung mit Hauptphänomen ein. Nach diesen Versuchen ist es wahrscheinlich, dass — wenigstens beim Hunde — der künstlich erzeugte Hirndruck dadurch wirkt, dass er Hirnanämie herbeiführt. Von den Hirngefässen werden zuerst die Venen comprimirt, dann die Capillaren, und zuletzt — sobald der Compressionsgrad die Höhe des in den zuführenden Gefässen herrschenden Blutdrucks erreicht — die Arterien. Die eben wirksamen Compressionswerthe lagen in den meisten Fällen ein wenig, d. h. 15—30 mm Hg, unter dem Karotidendruck.

Die Deutung der einzelnen Symptome anlangend, so sind

1. Die Schmerzen wohl doppelten Ursprungs: sie entstehen durch Druck und Zerrung der Dura mater, wahrscheinlich aber auch durch die vom Hirndruck erzeugte Hirnanämie.

2. Die Krämpfe sind hauptsächlich Folge der Hirnanämie. Andere Zuckungen sind wohl reflectorischer Natur, und die im Moment der Aufhebung wirksamer Hirncompressionen auftretenden Krämpfe entstehen vielleicht so, dass hier das nach Aufhören des Drucks wieder zuströmende arterielle Blut als Reiz für die betreffenden Theile der Hirnsubstanz wirkt.

3. Die Bewusstlosigkeit ist Folge der Hirnanämie.

4. Die Pulsverlangsamung beruht auf Reizung der centralen Vagusursprünge, sie bleibt aus nach Vagusdurchschneidung oder nach Atropininjection.

5. Bei den Respirationsstörungen ist — abgesehen von der Beeinflussung der Athmung durch die Schmerzen — zu unterscheiden der initiale Respirationsstillstand im Beginn starkwirksamer Hirndrücke, welcher wohl durch starke Erregung der Centren für die centripetalen Fasern des Vagus und Trigeminus (des Regulationscentrums) entsteht, und zweitens die später auftretende dauernd krampfhafte Respiration. Letztere hat vielleicht darin ihren Grund, dass bei längerem Bestehen des wirksamen Hirndrucks die dauernde Anämie des Centralnervensystems zu einer Lähmung derjenigen Organe führt, welche im Beginn des Drucks durch das Eintreten der Anämie vorübergehend erregt werden; nach Analogie des Respirationsmodus, der nach M. Markwald bei gänzlicher Abtrennung der respiratorischen Centren von allen centripetalen oder auch von höher oben gelegenen Centren zu ihnen gelangenden Impulsen, bei blosser Erregung durch das Blut, eintritt.

V. Die Bedeutung der Versuchsergebnisse für die Lehre vom krankhaften Hirndruck des Menschen betreffend, so bestehen zwar im Symptomenbilde einige nicht unerhebliche Unterschiede zwischen Hund und Mensch, in allen Fällen jedoch wird das Auftreten der Hirndruckerscheinungen vermittelt durch die Steigerung des Drucks in der Cerebrospinalflüssigkeit. Nähere Ursache ist die Hirnanämie, die in Folge der Hirncompression um so leichter eintritt, je niedriger der Blutdruck in den Hirnarterien ist. Alle Eingriffe, die den arteriellen Druck herabsetzen, müssen daher den Hirndruck

steigern. Also ist der Aderlass als Mittel gegen den letzteren nicht anwendbar.

Das Zurückgehen der Hirndrucksymptome bei gleichbleibendem Compressionsgrad kann sowohl beim örtlich begrenzten wie beim allgemein bedingten Hirndruck eintreten durch Resorption von Cerebrospinalflüssigkeit. Liegt die Ursache des allgemeinen Hirndrucks in Erkrankung des resorbirenden Gewebes selbst (z. B. bei Meningitis), so kommt auch eine Ausgleichung des Drucks durch Resorption schwieriger zu Stande.

Hirndrucksymptome treten erst bei einer gewissen Höhe des Hirndrucks auf, die wahrscheinlich für jeden Fall etwas unter der Höhe des Carotisdrucks liegt. Bleibt sie unter dieser Grenze, so ist der Druck zwar funktionell latent, wird aber, wenn er chronisch wird, zu Ernährungsstörungen der Substanz des Centralnervensystems führen müssen. Man kann daher die hieraus resultirenden Symptome als indirecte den directen Hirndrucksymptomen gegenüber stellen. Zu letzteren gehören: anfallsweise auftretende Kopfschmerzen mit Schwindel bis zur Bewusstlosigkeit, Erbrechen, Pulsverlangsamung, Krämpfe; zu ersteren: Sehstörungen der Neuroretinitis mit Stauungspapille, dauernde Zustände geringerer Kopfschmerzen mit leichtem Schwindelgefühl, allgemeiner Bewegungsschwäche. Ein solcher functionell latenter Hirndruck kann dann plötzlich mit heftigen directen Drucksymptomen in die Erscheinung treten, sobald aus irgend einer Ursache der Blutdruck in der Carotis sinkt; und umgekehrt kann eine vorübergehende Steigerung des letzteren die Hirndrucksymptome zum Verschwinden bringen. Ferner ist nicht unwichtig zu wissen, dass Druckhöhen, welche an sich nicht hoch genug sind um directe Symptome hervorzurufen, als „Nachdrücke“ sehr wirksam sein können, und dass der einmal wirksam gewordene Druck jetzt ziemlich erniedrigt werden kann, ohne seine Wirksamkeit zu verlieren.

Die Ursache des Hirndrucks, welcher eigentlich Cerebrospinaldruck heissen müsste, braucht nicht bloss in der Schädelhöhle, sondern kann auch irgendwo im Rückenmarkskanal ihren Sitz haben. Letzteres ist z. B. im Beginn einer acuten Myelitis und spinalen Meningitis der Fall.

Lüderitz (Jena).

---

302. **Tenchini, Singolare deformità del verme cerebellare inferiore in un uomo adulto a tardo sviluppo intelletuale.** Eigenthümliche Deformität des Unterwurmes bei einem erwachsenen Manne mit schlecht entwickelter Intelligenz. (An. univ. di med. e chir. Heft 6.)

Ein 34 j., geistig sehr beschränkter, dem Müssiggang und Trunk ergebener, dabei aber von seiner Person und seinen Fähigkeiten sehr eingenommener Mann war an acuter Lungentuberculose gestorben. Neben den gewöhnlichen Veränderungen in den Lungen etc. fand sich bei der Section im Gehirn Folgendes. Das Grosshirn in allen seinen Theilen,

wenigstens für die makroskopische Betrachtung normal. Der Unterwurm hat eine Länge von 27 mm (gemessen vom freien Rande des Nodulus zur Mitte der commissura brevis) während seine Länge normaliter beim Manne im Mittel 29,2, beim Weibe 27,88 mm beträgt. Der Nodulus springt wenig vor, hat eine Breite von 12 mm (Entfernung der Ansatzpunkte der beiden Vela medullaria poster.) und eine Dicke von 5 mm; die normalen Masse sind beim Manne 11,01 resp. 5,89, beim Weibe 12,04 und 5,38 mm. Die Uvula reicht weit nach vorn, weicht nach rechts ab und hat eine **S**förmige Gestalt, deren vordere Krümmung ihre Concavität nach links, die hintere nach rechts wendet; ihr Längsdurchmesser beträgt 19 mm, die Breite an ihrem vorderen Ende 10, am hinteren nur 4,5 mm; normaliter betragen diese Masse beim Manne 18,98 und 6,50 mm, beim Weibe 18,05 und 6,66 mm. Die Pyramide und die kurze Commissur zeigen nichts Abnormes. Die schrägen Durchmesser der Kleinhirnhemisphären, gemessen vom hinteren zum vorderen äusseren Winkel ihrer Peripherie, betragen 62 mm (normaliter 65,55 beim Manne und 63,72 beim Weibe). Die von T. sogen. Gewölbeknötchen, zwei, beim erwachsenen Menschen ovale Erhabenheiten im vierten Ventrikel an der Abgangsstelle der pedunculi cerebri sind von rundlicher Gestalt und verschieden stark entwickelt; rechts beträgt der Durchmesser an der Basis 5, links 7 mm. Das rechte hintere Marksegel besteht aus grauer Substanz, das linke ist normal. Das Gewicht des ganzen Gehirns beträgt 1240 gr, das des kleinen mit Varolsbrücke und verlängertem Mark nur 130 gr, reicht also nicht an das der Körperlänge des Individuums (1,67 m) entsprechende Mittel heran. Die beschriebenen Veränderungen bieten nach T. Analogieen theils mit der Form des Kleinhirns bei Thieren z. B. Pferd und Ochs, theils mit fötalen Zuständen. In ersterer Beziehung legt er Gewicht auf die unregelmässige Gestalt der Uvula, auf das Zurücktreten des Längs- und Vortreten des Querdurchmessers einzelner Theile des Unterwurms, sowie auf die geringe Entwicklung der Hemisphären des Kleinhirns im Verhältniss zu der seiner mittleren Theile. An fötale Zustände erinnert die rundliche Gestalt der sog. Gewölbeknötchen und das aus grauer Substanz bestehende rechte hintere Marksegel; beim Foetus sind während der ersten Entwicklungsmonate beide hintere Marksegel aus dieser Substanz gebildet.

Brockhaus (Godesberg).

---

303. **Scarpari, Intorno alla presunta infettività della pneumonite crupale.** Gegen die Aufnahme des infectiösen Charakters der croupösen Pneumonie. (An. univ. di med. e chirurg. Heft 6.)

S. ist auf Grund seiner Beobachtungen, von denen er einige, theilweise mit den Resultaten der Section, des Näheren beschreibt, zu der Ueberzeugung gekommen, dass die croupöse Pneumonie nicht infectiösen Ursprungs ist, wie dies in letzter Zeit von verschiedenen

Seiten behauptet worden ist. Die wesentlichen unterscheidenden Merkmale zwischen infectiösen und nicht infectiösen (fibrinösen, croupösen) Pneumonieen sind nach ihm folgende.

Die genuine croupöse Pneumonie beginnt mit einem einmaligen, starken, länger dauernden Schüttelfrost ohne oder mit unbedeutenden Prodromalerscheinungen, die infectiöse mit kurzen, öfter wiederholten Frostanfällen, denen ein längeres Stadium allgemeinen Unbehagens vorhergeht.

Die Temperatur steigt bei der croupösen Pneumonie gewöhnlich am ersten Tage zu einer beträchtlichen Höhe (bis 41° C.) um dieselbe während des weiteren Verlaufs der Krankheit überhaupt nicht oder aber nur an den Abenden der nächstfolgenden Tage zu erreichen. Am 7. oder 9. Tage tritt in den günstig verlaufenden Fällen vollständige Krisis mit rascher Reconvalescenz ein. Der Gang der Temperatur bei der Pneumonie infectiösen Ursprungs ist unregelmässig; das Fieber zeigt gewöhnlich continuirlichen Typus und entspricht die Höhe desselben meist nicht den schweren Allgemeinerscheinungen. Der Ausgang ist im günstigen Falle Lysis mit protrahirter Reconvalescenz.

Der Auswurf ist bei der croupösen Pneumonie in den ersten Tagen nicht sehr reichlich, zähe, geruchlos, von der bekannten rostbraunen Farbe, bei der infectiösen massenhafter, flüssiger, von stechendem Geruch entweder mit wenig Blut vermischt, oder rein blutig, letzteres nach S. ein Zeichen der dyscrasischen Natur der Erkrankung.

Bei der croupösen Pneumonie sind die den einzelnen Krankheitsstadien entsprechenden physicalischen Symptome seitens der Lungen immer scharf ausgeprägt; gewöhnlich sind nur die unteren Partieen, und zwar in der Mehrzahl der Fälle rechterseits ergriffen. Die Pneumonie infectiösen Ursprungs localisirt sich gewöhnlich, ähnlich der Tuberculose, in den obern Lappen und oft auf beiden Seiten gleichzeitig. Die physicalischen Symptome sind meist nicht sehr prägnant und entsprechen in vielen Fällen nicht der Schwere der Erkrankung. Die pathologisch-anatomischen Befunde sind nicht so constant und bestimmt, wie bei der croupösen Pneumonie.

Bei der croupösen Pneumonie findet sich selten eine stärkere Milzschwellung; dieselbe ist die Folge der durch Circulationshindernisse im kleinen Kreislauf bedingten Hyperämie und verschwindet vollständig mit dem Fieberabfall; bei der infectiösen Pneumonie ist stets bedeutende auf Hyperplasie der constituirenden Gewebselemente beruhende Milzschwellung vorhanden, welche den Fieberabfall oft längere Zeit überdauert.

Bei der Pneumonie infectiösen Ursprungs enthält der Urin sehr gewöhnlich Eiweiss.

Der Icterus ist bei der croupösen Pneumonie selten; er ist catarrhalischen Ursprungs, verursacht durch dieselbe Schädlichkeit, welche die Lungenentzündung hervorrief. Bei der infectiösen Pneumonie ist der Icterus häufig und Folge der durch das eingedrungene Virus herbeigeführten Blutdissolution.

Die croupöse Pneumonie unterscheidet sich ferner von der infectiösen dadurch, dass das erkrankt gewesene Lungenparenchym grosse Neigung zu neuer Erkrankung behält.

Die Prognose ist bei der croupösen Form günstiger als bei der infectiösen.

Infectiöse Pneumonien entwickeln sich gewöhnlich unter dem Einfluss solcher äusserer Verhältnisse, die auch das Entstehen anderer Infectionskrankheiten begünstigen, während unter günstigen hygienischen Bedingungen die croupöse Form die gewöhnlichere ist.

Die von Klebs bei der genuinen croupösen Pneumonie gefundene Monas Pulmonalis beweist nichts für die infectiöse Natur der Krankheit, da das Auftreten desselben Organismus auch bei Bronchitis, Bronchiectasen, Cavernen etc. constatirt ist.

Brockhaus (Godesberg).

---

304. **Dr. Bachutow, Zwei Fälle von Gastralgie.** (Protocoli obschtestwa kawkaskich wratschej 1881. Nr. 2.)

Verfasser beschreibt zwei Fälle von Gastralgie, welche ihre Ursache in der Malariaerkrankung hatten; die Patienten, welche früher an Febris intermittens gelitten hatten, erkrankten beide plötzlich an heftigen Schmerzen im Epigastrium, welche durch Druck auf die Magengegend durch Genuss von Speisen herabgesetzt wurden, mithin den Character der Gastralgie zeigten. Die Anfälle erschienen täglich und regelmässig um Mittagszeit, dauerten 3 Stunden an, endeten mit profusem Schweiss, nach welchem die Schmerzen vollkommen geschwunden waren. — Nur einmal wurde eine geringe Temperaturerhöhung (38,5) im Anfall beobachtet. Durch Morphium wurden die Schmerzen wenig beeinflusst, wichen aber nach Gebrauch von Chinin und Arsenik.

Krusenstern (Petersburg).

---

305. **R. Fleischer, klinische und pathologische Beiträge zur Lehre von den Nierenkrankheiten.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXIX. S. 129.)

Durch eine Reihe von Stoffwechseluntersuchungen bei Nierenkrankheiten versucht Fl. die vielfach discutirten Fragen von der Function der Nieren, der Bildungsstätte des Harnstoffs, zu fördern, und die Lehre von den so häufigen Complicationen von Nierenaffectionen, der Urämie und Hypertrophie des L. Ventrikels auf genau definirbare Störungen des Stoffwechsels zurückzuführen.

Ein kritisch-historischer Ueberblick über die Entwicklung und Wandelung dieser Fragen zeigt, dass trotz des grossen Aufwandes von Arbeit eine endgiltige Entscheidung derselben noch aussteht.

Die Untersuchungen wurden in 6 Fällen von Schrumpfniere durchgeführt. Um dabei genaue Vorstellungen über die Nahrungsein-

fuhr zu erhalten, wurden bei Controllindividuen, die in ganz der gleichen Weise wie die Kranken ernährt wurden, der Harn auf dieselben Bestandtheile jeweils untersucht, da eine genaue Analyse der aufgenommenen Nahrung wegen des grossen Zeitaufwandes nicht durchführbar war. Die Untersuchungen erstreckten sich auf die Bestimmung des spec. Gewichtes, Harnstoffs, Harnsäure, Schwefelsäure, Phosphorsäure, Chlornatrium und Eiweiss; in einzelnen Fällen wurde nur auf Harnstoff, Phosphorsäure, Chlornatrium und Eiweiss, in anderen nur auf Harnstoff und Phosphorsäure untersucht.

Ferner wurde in den Fäces der Stickstoff und die in demselben enthaltene Menge an Phosphorsäure bestimmt. Mit einigen vom Verf. vorgenommenen Abänderungen, geschahen die Analysen nach bekannten Methoden.

Fl. theilt ausführlich die Krankengeschichten der 6 Fälle von Schrumpfniere mit. Von 3, die zur Autopsie kamen, sind genaue Sectionsprotocolle beigefügt. In tabellarischer Uebersicht werden die Resultate der Stoffwechseluntersuchungen in jedem einzelnen Falle zusammengestellt, und dieselben epikritisch beleuchtet. Bezüglich der interessanten Details muss auf das Original verwiesen werden.

Für die Lösung der sich gestellten Aufgabe ergaben sich nun in Bezug auf die erste Frage, der Harnstoffbildung in den Nieren keine neueren Anhaltspunkte. Die Versuchsresultate, nach welchen bei hochgradiger Schrumpfung in einzelnen Fällen wohl eine Veränderung des Harnstoffs nachgewiesen werden konnte, die ausgeschiedene U-menge in keinem Fall jedoch eine ganz geringe war, und ferner vergeblich nach intermediären Stoffwechselproducten gesucht wurde, bestätigen im Ganzen die zumeist gültige Annahme, dass der Harnstoff ausserhalb der Nieren und vielleicht nur zum geringsten Theil in denselben gebildet werde.

Ueber die 2. Frage, die Aetiologie der Urämie ergaben die Untersuchungen Resultate, welche zeigen, dass die Anhäufung des Harnstoffs als die Hauptursache, doch nicht als die einzige des urämischen Anfalls anzusehen ist, dass die deletäre Wirkung auch durch Retention der übrigen Stoffwechselproducte, die Ueberladung des Blutes mit Mineralstoffen hervorgebracht werden kann.

Verfasser fand in einzelnen Fällen dem urämischen Anfall vorausgehend constant eine Verminderung der Harnstoffausscheidung Hand in Hand mit einer Verringerung der ausgeschiedenen Schwefel- und Phosphor-Säure, während eine Verminderung der Harnmenge nicht constant war. Mit dem Auftreten des urämischen Anfalls trat dann ein rasches Aufsteigen der Auswurfsproducte ein, als Resultat einer Reaction des Organismus, besonders der Nerven und des Herzens sich dieser schädlichen Stoffe zu entledigen, nachdem dieselben eine gewisse Grenze der Anhäufung, innerhalb welcher sich der Organismus ihnen gegenüber indifferent verhält, überschritten.

Für den Zusammenhang der Schrumpfniere mit der Hypertrophie des L. Ventrikels, ist die gefundene Thatsache besonders bemerkenswerth, dass neben schwankenden Veränderungen in der Ausscheidung der übrigen harnfähigen Stoffe, (geringe Verminderung der Schwefelsäureausfuhr) bei allen Kranken mit Nierencirrhose die Phosphorsäure-

ausscheidung bedeutend vermindert war. Die Retention der Phosphorsäure, bes. die durch Versuche nachgewiesene, im Verhältniss zu Controlindividuen bedeutende Verlangsamung in der Elimination per os eingeführter Phosphorsäuremengen, — während andere Stoffe, salicylsaures Natr., Therpentinöl die Nieren in gleicher Weise wie bei Gesunden passirten, — glaubt Fl. auf Veränderungen in den Filtrationsvorgängen bei Nierenkrankheiten zurückführen zu dürfen. In den Fäces konnte eine Vermehrung der Phosphorsäure nicht aufgefunden werden.

In wie weit diese Befunde für die Ansicht des Verfassers über das Zustandekommen der Herzhypertrophie bei Nierenschrumpfung verwerthbar, ob die im Organismus zurückgehaltene Phosphorsäure reizend auf das Herz und die Gefässe einwirke, muss noch durch weitere und umfangreichere Untersuchungen festgestellt werden. Dass jedoch die Phosphorsäure im Blute angehäuft deletäre Folgen für den Organismus haben muss, in gleicher Weise wie alle die Blutmischung verändernde Retentionsstoffe, bedarf eigentlich keines weiteren Beweises; dasselbe ist von Fl. noch ausserdem durch einen Thierversuch sicher gestellt.

Bei der Beobachtung und Untersuchung der einzelnen Fälle haben sich noch, ausser den schon angeführten, eine Reihe weiterer Ergebnisse gefunden, welche Verfasser in kurzem Resumé zusammenstellt. Dieselben betreffen:

Das spec. Gewicht des Harns und dessen inconstante Beziehungen zum Harnstoffgehalt; das Fehlen eines Parallelismus zwischen Eiweissmenge, und der Menge des Harnwassers und Harnstoffs; das ungleiche Verhalten der Harnstoffverminderung bei den einzelnen Nierenkranken; das annähernde Gleichbleiben der Chlorausscheidung bei Gesunden und Kranken; der constante Parallelismus der Phosphorsäure- und Stickstoff-Ausfuhr. Das bei vergleichenden Untersuchungen gefundene Ueberwiegen des Nachtharn, an Menge, Harnstoff- und Phosphorsäuregehalt über den Tagharn und der grössere Eiweissreichthum, des letztern gegenüber dem Nachtharn; die Vermehrung der Harnstoff- und Phosphorsäureabgabe, während der Menses.

Um allgemeine Gesichtspunkte über den Stoffwechsel bei Nierenkrankheiten überhaupt zu erhalten, hatte Fl. noch bei 3 andern Formen von Nierenkrankheiten (Abuminurie ohne nachweisbare Hypertrophie des L. Ventrikels; leichte acute Nephritis; Nephritis chronica mit Amyloid) Untersuchungen angestellt.

In dem ersten Fall fand sich eine normale Ausscheidung der Harnbestandtheile. In dem zweiten, wobei Schrumpfniere nicht ganz auszuschliessen war, wurde eine Verminderung der Harnstoff und der Phosphorsäureausfuhr constatirt. Ebenso wurde in dem III. Falle eine im Vergleich zum Controlindividuum verminderte Harnstoff-, Schwefelsäure- und Phosphorsäure-Abgabe beobachtet.

Hindenlang (Freiburg).

306. **Leopold, Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie der Geschwülste.** (Virch. Arch. Bd. 85. S. 283.)

Die Lehre Cohnheims, wonach die Geschwülste aus Keimen embryonalen Gewebes hervorgehen sollen, veranlasste den Verf. zu untersuchen, wie sich embryonale Gewebe, auf den erwachsenen Organismus transplantirt, verhalten, ob aus ihnen Geschwülste werden können. Er nahm desshalb verschiedene Gewebs- resp. Organtheile von Kaninchen-Embryonen verschiedenen Alters und brachte dieselben theils in die vordere Augenkammer, theils in die Vena jugularis, theils in die Bauchhöhle. Weitaus die besten Resultate erhielt er mit Knorpel. So zeigten Rippenknorpel 7—8 cm langer Embryonen in die Bauchhöhle ausgewachsener-Kaninchen gebracht nach einer Reihe von Tagen, nachdem sie durch neugebildetes Bindegewebe eingekapselt waren, deutliche Wachsthumserscheinungen, d. h. Zellvermehrung. Knorpelstückchen von 6 cm langen Embryonen in die Bauchhöhle oder vordere Augenkammer eingeführt wuchsen in wenigen Wochen um das Vielfache, bis Dreihundertfache, wobei die Ernährung durch ein neugebildetes, reichlich vascularisirtes Bindegewebe erfolgte. Mikroscopisch zeigten die so gewachsenen Stücke enorme Zellvermehrung, die allerdings ohne jede Regel erfolgte, da den aus dem organischen Verbande gerissenen Gewebstheilen die typische Wachsthumsrichtung fehlte. Nun geht aber der Process noch weiter. Es kommt in den gewachsenen Stückchen zur deutlichen Knochenbildung mit Markräumen. Weit deutlicher noch ist das der Fall in einer weiteren Reihe von Versuchen, zu denen 4cm lange Embryonen verwandt wurden. Hier kam es in den erheblich gewachsenen Stückchen zu ächter foetaler Knochenbildung von den ersten Anfängen bis zur vollkommenen Ausbildung. Und ebenso fielen die Experimente mit $2^1/_2$ cm langen Embryonen aus. Zur Controle wurde auch in einer Reihe von Versuchen Knorpel jüngerer und älterer geborener Kaninchen in gleicher Weise transplantirt, aber ohne jeden Erfolg. In keinem Falle erfolgte ein Wachsthum dieser Stückchen. Im Gegensatze dazu bildete also foetaler Knorpel unter lebhaftem Wachsthum Knorpelgeschwülste, Enchondrome und zwar von dauernder Existenz, denn es fand späterhin nicht etwa wieder eine Resorption der neugebildeten Theile statt. Verf. folgert, „die Statthaftigkeit der Hypothese, dass die Geschwülste auf embryonaler Anlage beruhen, ist nunmehr auch experimentell dargethan worden". Weiterhin erörtert Verf. noch die Wahrscheinlichkeit dieser Hypothese speciell für die Uterusmyome.

Ribbert.

---

307. **F. W. Pavy,** M. D., F. R. S., **A new Line of Research bearing on the Physiologie of Lugar in the Animal System.** (Lancet Vol. II. 1881. V. I u. II.)

Verf. unterwirft die Angaben Claude Bernards über das Verhalten des Glycogens im Blut einer neuen Prüfung und schlägt vor,

um bei der Benennung dieses Stoffes jeden Nebengedanken über dessen etwaige Function zu vermeiden, statt Glycogen Bernardin zu sagen. Kleine Mengen von Bernardin, das vorher auf seine chemische Reinheit und Convertabilität in Zucker geprüft war, werden mit defibrinirtem Schaafsblut für eine halbe Stunde einer Temperatur von 100—110° Fahr. ausgesetzt.

Der Alkoholextract oder das Filtrat nach Kochen mit concentrirter schwefelsaurer Natronlösung wird auf Glycose untersucht, es ergiebt sich so wenig Zucker, dass er mit der gewöhnlichen Fehlingschen Probe nicht nachzuweisen ist. Pavy hat daher seine neue, schon früher veröffentlichte Methode angewandt (Royal Society vol. XXVIII, vol. XXIX). Zusammensetzung des Reagens:

schwefelsaures Kupfer	34,65 gr
weinsaures Natronkali	170,0 „
Kali	170,0 „
Wasser	zu 1 Liter.

120 ccm dieser Lösung werden mit 300 ccm Ammoniak von 0,880 sp. Gew. gemischt und durch Zufügen von Wasser auf 1 Liter gebracht, 20 ccm dünner Lösung entsprechen 0,010 Glucose.

Eine 4,085 gr Glycose aequivalente Menge von Bernardin zu 705 ccm Blut hinzugefügt ergab nur 0,194 gr Zucker. Das unveränderte Bernardin kann wieder gewonnen werden. Es ist also der Beweis geliefert, dass Bernardin unverändert im Blut existiren kann.

Pavy sucht nun den Gehalt des Blutes an Bernardin festzustellen und hat auch seine Untersuchungen auf andere Organe ausgedehnt. Zuerst musste die Glycose aus dem Blut entfernt werden. Dies geschieht durch Ausziehen mit Alkohol, Auspressen, Trocknen und Pulverisiren des Rückstandes, erneuertes Auslaugen mit Alkohol, dies muss 3 mal vorgenommen werden um allen Zucker zu entfernen. Hiernach wird der Rückstand mit Kalilauge gekocht, die 5- bis 6-fache Menge Alkohol hinzugefügt, das Klare nach 24 stündigem Absitzen decantirt; zum Rückstand wird noch einmal Alkohol hinzugefügt und absitzen lassen. Der Rückstand wird mit Wasser aufgenommen mit Essigsäure angesäuert und filtrirt; das Filtrat wird mit Alkohol versetzt und der Niederschlag abgesondert. Dieser Niederschlag giebt mit Kupferlösung keine Zuckerreaction, jedoch deutlich nach Zusatz von Schwefelsäure und Kochen; dies ist das Verhalten des Bernardins. Die Menge des Bernardins in Flüssigkeiten und Geweben wird gewöhnlich aus der Menge des durch Kochen mit Schwefelsäure entstandenen Zuckers berechnet, es zeigt sich jedoch, dass die Umwandelung des Bernardins bei diesem Process sehr langsam vor sich geht. Pavy kocht daher die Proben in einem besonderen Apparat unter einem Druck von 45 Pf. engl.; bei einer Temperatur von 300° F. in einer Viertelstunde ist die Umwandelung vollendet. Als Mittel aus 29 Versuchen ergab sich in 1000 ccm Schaafsblut 0,616 Bernardin. Es wurden vergleichende Versuche angestellt wie sich das Bernardin, wenn es zum Blut hinzugefügt worden ist, wieder sammeln lässt, die obiges Verfahren in allem rechtfertigen.

Beim Untersuchen der Leber auf ihren Bernardingehalt zeigt es sich, dass durch Auswaschen mit Wasser nur ein kleiner Theil ent-

fernt wird, ein grosser Theil haftet an dem Gewebe fest und kann erst durch obiges Verfahren, durch Kochen mit Kalilauge entfernt werden.

Milz, Pancreas, Nieren, Hirn und Muskeln enthalten alle ziemliche Mengen Bernardin, Katzenmuskel 5 pro mille. Schlussfolgerungen: Bernardin verwandelt sich bei der Berührung mit Blut nur in geringem Grade in Zucker.

Bernardin ist ein normaler Blutbestandtheil.

Bernardin scheint in eine schwache Verbindung mit stickstoffhaltigen Körpern einzugehen (Verhalten der Leber).

Blut, Leber, Milz, Pancreas, Hirn und Muskeln enthalten Bernardin, neben Glycose.

Bernardin ist ein Kohlenhydrat in colloidem Zustand, parallel dem Albumen, wird im Organismus leicht zurückgehalten.

Ludwig (London).

Neue Bücher.

Huguet, Les fièvres graves et l'empoisonnement alimentaire, influence des aliments altérés et falsifiés sur le développement des affections typhoides et éruptives; leur rôle prédisposant aux invasions typhiques et cholériques. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 3 fr. 50 cts.

Legendre, Etude sur la scarlatine chez les femmes en couche. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 3 fr. 50 cts.

Rumbold, the hygiene and treatment of catarrh. Pt. 1.: Hygienic and sanative measures. Pt. 2.: Therapeutic measures. St. Louis. 16 M.

Sauze, Etude clinique sur la paralysie spinale aiguë de l'adulte. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 2. fr.

Skwortzoff, De la cévitée et de la surdité des mots dans l'aphasie. Paris, Delahaye et Lecrosnier 4 fr.

Stackler, Essai sur la broncho-pneumonie érysipélateuse. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 3 fr.

Vallienne, Etude sur les transpositions viscérales. Paris Delahaye et Lecrosnier. 3 fr.

Warren, Hernia, strangulated and reducible: with cure by subcutaneous injections; together with suggested and improved methods for kelotomy; [also] an app. giving a short account of various new surgical instruments. Boston. 12 M.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 13. September. Nro. 22.

308. **Limmer,** (pract. Arzt in Schwaben), **Zur Aetiologie der Diphtheritis.** (Aerztliches Intelligenzbl. f. Baiern. Jahrg. 1881. Nr. 31.)

Ein $2^3/_4$ jähriger Knabe erkrankte an Diphtheritis und starb nach kurzer Krankheitsdauer.

In der ganzen Gegend war seit lange kein Diphtheritisfall vorgekommen und so keine directe Ansteckungsquelle nachweisbar. Die nähere Nachfrage ergab nun, dass die Hühner auf dem Gehöft massenhaft wegstarben und der Knabe immer mit denselben gespielt hatte. Der Thierarzt erklärte die Krankheit der Hühner für Diphtheritis. Damit stimmt auch ein von Lutz bei Gelegenheit der Diskussion über die Aetiologie der Diphtheritis in der Sitzung des ärztlichen Vereines zu München mitgetheilter Fall überein, in dem 2 Knaben an Diphtheritis

erkrankten, welche in einem Garten aus einem mosigen Wasser getrunken hatten, in welchem Enten verkehrten.

Lutz meint, dass man gar keine Wahrscheinlichkeit habe anzunehmen, dass in dieses Wasser ein diphtheritischer Pilz von einem Kranken gebracht sei.

Verfasser will hiermit die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die Hausthiere, als eine Quelle der Infectionskrankheiten lenken.

Kohts (Strassburg).

---

309. **W. D. Bowkett, A clinical Thermograph.** M. R. C. S. Leeds. (Lancet 1881. Vol. II. Nr. III.)

Dieser Apparat registrirt automatisch Temperaturcurven von 24stündiger Dauer. Der Apparat hat die Gestalt eines flachen Cylinders. Der für Temperaturwechsel empfindliche Theil besteht aus einer nach dem Princip des Bourdon'schen Manometers gebauten, mit Aether gefüllten, hufeisenförmig gebogenen Röhre, die in der Peripherie des Cylinders angebracht ist. Die den Temperaturschwankungen entsprechenden Excursionen des einen Endes werden durch einen 3 mal vergrössernden Schreibhebel, dessen Axe peripher, dessen Stift sich im Centrum des Cylinders befindet, aufgezeichnet. Der Stift schreibt auf eine Scheibe von Carton die sich vermittelst eines Uhrwerkes einmal in 24 Stunden um sich selbst dreht. Auf der Scheibe, die leicht gewechselt werden kann, befindet sich ein System von concentrirten Linien, deren Abstand den Temperaturgraden entspricht und ein zweites System von 24 sich im Centrum der Scheibe kreuzenden Kreisbögen, deren Radius und Centrum mit dem des Schreibhebels übereinstimmt, ihr Abstand entspricht dem Zeitraum einer Stunde. Die tägliche Temperaturcurve stellt demnach eine in sich zurücklaufende oder schleifenförmige Curve dar. Das Instrument wird mit seiner metallnen Unterfläche auf das Abdomen aufgesetzt und mit einer aus einem schlechten Wärmeleiter angefertigten Binde befestigt; ist grössere Genauigkeit erwünscht, so kann es in der Achselhöhle befestigt werden oder es kann die Hand, die das Instrument vollkommen bedeckt, mit auf das Abdomen aufgebunden werden. Verfertiger dieses Instrumentes sind Salt and Son, Birmingham.

Ludwig (London).

---

310. **Parrot, Fractures syphilitiques des os chez les enfants.** (Gazette des hôpitaux civils et militairs. Nr. 51.)

Es handelt sich um ein Kind von einem Jahre, welches Fracturen der Knochen zeigte, wie solche nur selten vorkommen. Während gewöhnlich in solchen Fällen die Fracturenden an einer Seite der Extremität hervorspringen, und an der entsprechenden Seite eine Depression

zeigen, fand man hier eine starke Knotenbildung an dem mittleren Theil des linken Beines, deren Umfang 17 cm betrug, während das rechte Bein an derselben Stelle einen Umfang von nur 12 cm hatte. Die obere linke Extremität bot eine ähnliche Knotenbildung an dem mittleren Theil des Vorderarmes dar. Merkwürdig dabei war noch eine fluctuirende Consistenz, die man um den Callus herum fühlte, und welche durch einen peripherischen Abscess bedingt war. Derselbe musste später geöffnet werden; es wurde aus demselben Eiter entleert, der durch seine Beschaffenheit auf Knochenerkrankung hindeutete. Die syphilitischen Fracturen, die gewöhnlich bei Kindern unter 2—3 Monaten vorkommen, haben ihren Sitz in der Nähe der Trennungslinie der Epiphyse und Diaphyse. Es handelt sich da jedoch nicht um eine Epiphysenerkrankung, sondern um eine wahre Fractur der Diaphyse. In unserem Falle dagegen sassen die Fracturen, welche durch Misshandlung entstanden waren, nicht an der gewöhnlichen Stelle, sondern in einiger Entfernung der oberen Extremität der Diaphyse. Es bildete sich nun ein Callus, der in zwei unterbrochenen Schichten auftrat, ohne dass jedoch die Bruchenden sich darunter vereinigten. Zwischen den beiden Knochenenden blieb nämlich eine kleine, mit einem gelatiniformen Gewebe gefüllte Cavität. Ferner entstand durch das Aneinanderreiben der beiden Knochen, welches durch die Misshandlung des Kindes unterhalten wurde, eine Eiterung, die sich unter dem Periost ausbildete, es von dem spongösen Gewebe ablöste und nach aussen zu Tage trat.

Koths (Strassburg).

---

311. **Kiriloff** (Veterinärarzt), **Ueber die Veränderungen im Gehirn und Rückenmark bei Fäulnissfieber.** (Archiv für Thierheilkunde 1881. Juni. Archiv veterinarnich nauk. 1881 Juni.)

Um die Präparate möglichst frisch untersuchen zu können, was dem Verfasser besonders wichtig erscheint, empfiehlt er folgende Behandlungsweise derselben: die dem Cadaver frisch entnommenen Theile werden in Müller'sche Flüssigkeit gelegt; diese letztere wird in den ersten Tagen zweimal, später einmal täglich gewechselt. Nach ca. 3 Wochen ist der genügende Härtungsgrad erzielt und es lassen sich gute Schnitte anfertigen, welche sodann in Spiritus gelegt und später mit Carmin oder Hämatoxylin gefärbt werden. — Spiritus als Härtungsflüssigkeit verwirft Kiriloff ganz.

An solchen Präparaten will Kiriloff festgestellt haben, dass die erste anatomische Veränderung in parenchymatöser Schwellung des Gefässendothels bestehe, welches trübe wird und dermassen an Umfang zunimmt, dass die Capillare nicht mehr durchgängig werden. (Dieses stimmt mit Borchsenius und Reinpolsky's Angaben überein); dadurch muss intra vitam eine Verlangsamung des Kreislaufs und Stauung bedingt werden; in diesem Stadium erscheinen die Gefässe dilatirt. — Als zweites Stadium bezeichnet Kiriloff die Emigration von weissen Blutkörperchen, welche zuerst an Gefässwänden und in peri-

vasculären Räumen sich ansammeln, später aber die Hirnsubstanz infiltriren, hauptsächlich das Bindegewebe, zuweilen aber in die Nervenzellen selbst eindrängen. Durch die Infiltration des Hirngewebes sind nach Kiriloff die Störungen im Nervensystem zu erklären; diese letzteren bestehen in Auftreten von Krämpfen, paralytischen Erscheinungen, Bewusstlosigkeit, in Paralysis des vasomotorischen Centrums etc. — Im zweiten Stadium sind nicht selten Rupturen der kleineren Gefässstämme und Blutextravasate in der Hirnmasse nachweisbar; namentlich wurde dieses im Rückenmark öfters beobachtet und zwar manchmal schon am zweiten Tage; die Ursache dieser Gefässrupturen ist nach Kiriloff im gesteigerten Blutdruck und in den Veränderungen der Gefässwände zu suchen. Vor dem zweiten oder dritten Tage sind in den Nervenelementen keine morphologischen Veränderungen wahrzunehmen, diese treten erst später zu Tage unter dem Bilde der parenchymatösen Degeneration.

Die angeführten Veränderungen im Gehirn und Rückenmark bieten nichts specifisches für das Fäulnissfieber und haben andere Beobachter fast dieselbe bei den verschiedensten infectiösen Krankheitsprocessen beschrieben: bei Typhus abdominalis, und exanthematicus, cholera asiatica, traumatischem Fieber, Malleus und Lyssa.

Krusenstern (Petersburg).

---

312. **Dr. Albert Rosenthal** (Warschau), **Ueber einen Fall von metastatischen Tumoren an der Basis Cranii.** (Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. II. Heft 3. pg. 675—684.)

Der Fall betrifft einen 18 jährigen jungen Menschen. Da an verschiedenen Körperstellen (thyreoidea, Tibia, Fibula) harte Tumoren verschiedener Grösse bestanden, wurde die Ausbildung von Störungen in dem Bereiche mehrerer Basalnerven auf die Entwickelung eines Tumors an der Basis des Schädels bezogen. Es waren betroffen: Trigeminus in heftigen Neuralgieen mit Anaesthesie. Die Trigeminus-Neuralgie ist characteristisch für den basalen Sitz der Krankheitsursache, ist nie beobachtet bei intracerebraler Ursache. Der Facialis gelähmt und zwar mit Ergriffensein der oberen Gesichtshälfte. Dabei Geschmacksalterationen in der vorderen Zungenhälfte, für die es unentschieden bleibt, ob sie als Beweis für periphere Facialislähmung gelten darf. (weil von Manchen die centralen Chordafasern in die Trigeminuswurzeln zurückverfolgt wurden). Oculomotorius war gelähmt und die Lähmung aller Fasern wird für die Annahme der basalen Ursache geltend gemacht.

Bei der Lähmung des Opticus und Acusticus gibt es keinen characteristischen Unterschied zwischen basalen und intracerebralen Erkrankungen.

Solches Ergriffensein mehrerer Gehirnnerven sprach für basale Erkrankung, „das Auftreten von Tumoren an anderen Stellen, der progressive Verlauf der Cerebralerscheinungen berechtigen zur Diagnose

eines Tumors der Basis cranii". Die erst später entstandene Rückenmarkslähmung hatte ihren Grund in der Compression des Marks durch kleine sarcomatöse Geschwülste im peripachymeningealen Zellgewebe.

In der Schädelhöhle fand sich bei der Autopsie eine ganze Anzahl von Geschwülsten an verschiedenen Stellen, eine von Bohnengrösse an der linken Seite des pons. Auf der Vorderfläche des linken Felsenbeines eine pflaumengrosse Geschwulst um den Trigeminus. Auch gangl. Gasseri umwachsen, sinus cavernosus und oculomotorius gedrückt; eine Geschwulst am linken Porus acusticus internus, Facialis und acusticus umschliessend.

Multiple Tumoren in Lungen, Leber, Milz, Pericard, thyreoidea. Alle aus denselben Neubildungszellen gebildet.

Bemerkenswerth ist noch die Acuität des Verlaufs (zwei Monate). Compression der Nervenstämme ohne irgendwelche Beeinträchtigung des Hirnstammes. Alter des Patienten. Entwickelung der Neubildung in unmittelbarem Anschluss an entzündliche Vorgänge und unter steter Begleitung derselben. Verschiedene vasomotorische und trophische Störungen, Keratitis und Auftreten erysipelähnlicher Hyperämien, deren Ursache ihrer Verbreitung wegen mit der Trigeminusaffection zusammenzubringen.

Finkler.

---

313. **Eloy, Anémie cérébrale par Thrombose. Marche intermittente des accidents.** Gehirnanämie in Folge von Thrombose. Intermittirendes Auftreten der Anfälle. (L'Union médicale. Nr. 117.)

Bei einer bis dahin gesunden, 70 jähr. Frau trat plötzlich Verlust der Sprache, Erbrechen und Zuckungen der Gesichts- und Armmuskeln ein. Der Anfall dauerte einige Minuten und hinterliess zögernde Sprache und Schmerzen im Nacken. Einige Stunden später heftiger und fast eine Stunde dauernder Anfall mit Coma, stertorösem Athmen, heftigen Convulsionen der Gesichts- und Armmuskeln. Nach demselben bestand etwa 1 Tag lang Trismus, Anästhesie der Glieder und Verlust der reflectorischen Erregbarkeit trotz heftiger Reize. Die physicalische Untersuchung der Brustorgane ergab nichts Abnormes. Nachher vollständiges Wohlbefinden mit Schlafneigung. So wiederholten sich die Anfälle mit ganz freien längeren Intervallen noch zweimal; im letzten trat der Exitus ein. Die Autopsie konnte nicht gemacht werden. E. vermuthet den Grund der Anfälle in Circulationsstörungen im Gehirn verursacht durch Thrombosen, da für die andern etwa in Frage kommenden Krankheitsprocesse (Apoplexie, Herderkrankung, meningeale Haemorrhagien etc.) die characteristischen Symptome fehlen. Bermerkenswerth sei der intermittirende Verlauf, während gewöhnlich bei der durch Thrombose hervorgerufenen Anämie des Gehirns ein continuirliches Voranschreiten der Erscheinungen beobachtet werde.

Brockhaus (Godesberg).

314. **J. L. Prevost, Expériences relatives à l'élongation des nerfs et aux neurites.** Versuche über Nervendehnung und Neuritis. (Revue médicale de la Suisse Romande 1881. Heft 8.)

P. ist bezüglich der neuerdings bei einer so grossen Zahl von Nervenkrankheiten empfohlenen Nervendehnungen der Ansicht, dass hauptsächlich die guten Erfolge veröffentlicht, die negativen Resultate dagegen zum grössten Theil verschwiegen worden sind, so dass die Casuistik, die wir bis jetzt besitzen, noch keineswegs zu einem endgültigen Urtheil über Indicationen, Werth etc. der Operation berechtigt. Auch habe man bis jetzt zu wenig versucht, durch exacte physiologische Experimente und anatomische Untersuchungen die Art und Weise zu erklären, wie die Nervendehnung wirkt, welche Veränderungen sie in dem gedehnten Nerv hervorruft, ob auch andere Nerven des Körpers durch sie in nachweisbarer Weise modificirt werden etc. P. hat eine Reihe einschlägiger Versuche am Meerschweinchen angestellt; er hat dieses Thier gewählt, weil es ein so fein reagirendes Nervensystem besitzt. Es ist aus den Versuchen von Brown-Séquard, Westphal und anderen bekannt, dass sich bei Meerschweinchen durch Resection oder einfache Durchschneidung eines Ischiadicus sowie durch halbe oder vollständige Durchschneidung des Rückenmarks epileptische Zustände hervorrufen lassen; in den drei ersten Fällen ist die Epilepsie einseitig, im letzten doppelseitig; die ersten Anfälle treten meist 18—20 Tage nach der Operation ein. Besonders leicht erzeugt werden dieselben durch Kneifen oder Frottiren der sog. epileptogenen Zone Brown-Séquard's, welche die Wange, den obern Theil der Schulter und des Nackens der operirten Seite umfasst und sich durch erheblich verminderte Sensibilität auszeichnet. Bei der Untersuchung der diese Zone versorgenden Nerven (N. infraorbitalis, Plexus cervicalis superficialis) hat P. mehrfach entzündlich veränderte Fasern gefunden. Er hat nun den Einfluss studiert, welchen die Nervendehnung bei solchen künstlich erzeugten epileptischen Zuständen hat; im Ganzen sind seine Resultate negativ. Unter 18 Fällen, wo er den durchschnittenen Ischiadicus selbst dehnte, war 15 mal absolut kein Erfolg zu constatiren. In einem Fall trat nach der Dehnung Heilung, darauf ein Recidiv mit spontaner Heilung ein; an demselben Thier wurde einige Monate später durch die Durchschneidung des Ischiadicus der andern Seite aufs neue Epilepsie hervorgerufen, auf welche die Dehnung ohne jeden Erfolg blieb. In einem zweiten Falle trat Heilung ein, zugleich mit der Dehnung war aber auch die Exstirpation eines an der Durchschnittsstelle entstandenen Neuroms gemacht worden und lässt es P. dahingestellt, in wie weit diese Operation auf das Verschwinden der epileptischen Anfälle von Einfluss gewesen ist. In einem 3. Falle trat nach anfänglicher Heilung ein Recidiv ein. 4 Fälle von Dehnung des Ischiadicus der gesunden Seite und 4 Fälle von Dehnung des Plexus brachialis hatten keinen Erfolg. 2 mal bewirkte Dehnung des N. infraorbitalis und des Plexus cervic. superf. Heilung, 2 mal nicht. Da nun P. in mehreren Fällen auch spontane Heilung der künstlichen Epilepsie der Meerschweinchen constatiren konnte, so kommt er zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die künstlich erzeugte Epilepsie beim Meerschweinchen ist einer spontanen Heilung fähig; sie kann auch Monate und Jahre dauern, die Anfälle werden dann allmählich immer seltener und schwieriger hervorzurufen.

2. Der Einfluss der Dehnung verschiedener Nerven auf den Krankheitsprocess ist fast gleich Null.

3. In den Fällen einseitiger, durch Ischiadicusdurchschneidung hervorgerufene Epilepsie sind Veränderungen an einzelnen Nerven der entsprechenden Körperhälfte zu constatiren, welche man als Folgen einer aufsteigenden Neuritis ansehen kann.

4. Die von Brown-Séquard und Quinquaud beobachtete Modification der Sensibilität eines Nerven durch Dehnung eines andern ist nicht constant.

Brockhaus (Godesberg).

---

315. **Pasternatzky, J., Sur le siége de l'épilepsie corticale et des hallucinations.** Ueber den Sitz der Rindenepilepsie und der Hallucinationen. (Comptes rendus T. XCIII. Nr. 2.)

Wie Magnan gezeigt hat, kann man bei Hunden durch intravenöse Injection von Absynthessenz einen epileptischen Anfall und Hallucinationen hervorrufen. Nach Wiederholung dieses Versuchs machte P. an 5 Hunden die Injection, nachdem er zuvor von zwei Trepanöffnungen aus die psychomotorische Rindenzone (durch die Section controlirt) flach abgetragen hatte: das Thier zeigt auch keine Andeutung eines epileptischen Anfalls, dagegen „il commence à agir, sans aucune excitation extérieure, spontanément, comme si les impressions periphériques existaient en réalité", es verräth Unruhe, Zorn, Wuth im Ausdruck und in Bewegungen; nach 20 bis 30 Minuten versinkt es in tiefen bis zum Tode andauernden Schlaf.

Verf. schliesst hieraus:

1) dass die durch Absynth zu erzeugende Epilepsie von der Rinde ausgeht;

2) dass die evident hallucinatorischen Actionen des Thieres nur auf eine Erregung der subcorticalen Centren bezogen werden können.

Lüderitz (Jena).

---

316. **Dejerine, J., Sur les alterations des nerfs cutanés dans la pellagra.** Veränderungen der Hautnerven bei Pellagra. (Comptes rendus. T. XCIII. Nr. 2.)

In zwei Fällen von Pellagra untersuchte Dej. kurze Zeit post mortem die Hautnerven der erkrankten Partien (Handrücken). Nach Osmiumbehandlung sahen dieselben grau aus statt schwarz und zeigten mikroskopisch nur sehr spärliche und in einzelnen Bündeln gar keine

gesunden Fasern, dagegen sehr zahlreiche längsgefaltete gekernte Nervenscheiden und eine Anzahl von Nervenfasern im Zustande der parenchymatösen Neuritis. Verf. betrachtet das Pelagra-Exanthem als durch eine trophische Störung bedingt.

Lüderitz (Jena).

---

317. **George Mackern,** M. D. Lond., **Case of Leprosy of the Larynx.** (Lancet 1881. Vol. II. Nr. IV.)

Verf. untersuchte einen mit Lepra behafteten Bettler in Lustor in Egypten, dessen zischende Stimme ihm auffiel. Lepraknoten im Gesicht an den Händen und in der Leistengegend, Anaesthesie. Rücken der Zunge mit bis erbsengrossen Knoten bedeckt, Fauces frei, Epiglottis verdickt und verkrümmt, am linken Rand 3 Knoten, Epiglottis vollkommen anaesthetisch, keine Ulcerationen. Arytenoidknorpel blass, etwas vergrössert, tiefere Theile nicht gut sichtbar wegen Vergrösserung der Epiglottis. Anamnestisch wurde noch eruirt, dass in letzter Zeit Pat. oft bei Mahlzeiten Erstickungsanfälle durch Verschlucken hatte (Abbildung im Original).

Ludwig (London).

---

318. **Prof. Hermann Friedberg** in Breslau, **Ist die Entzündung des Brustfelles, der Lunge und des Zwerchfells und die Darmblutung, welche den Tod des Arbeiters Hugo A. herbeigeführt hat, die Folge einer Brustwunde?** Gerichtsärztliches Gutachten. (Eulenburg's Vierteljahrsschr. für gerichtl. Medicin und öffentliches Sanitätswesen. Neue Folge. 35 Bd. 1. Heft, p. 45—55.)

Am 2. August wurde A. mit einem Messer in die linke Brust gestochen; es entleerte sich viel Blut und Pat. wurde ins Hospital gebracht. Daselbst zeigte sich am andern Tage, dass in Folge einer Lungenwunde die linke Brusthöhle mit Blut und Luft angefüllt war. Bei den erschwerten Athembewegungen entleerte sich beides aus der Wunde. Im Verlauf der nächsten Wochen nahm der Luftgehalt etwas ab. Am 28. September öffnete sich unter heftigen Hustenstössen, durch welche gleichzeitig blutig-eitrige Massen herausbefördert wurden, die oberflächlich verheilte Brustwunde. Aus ihr entleerte sich ein den durch die Hustenstösse herausbeförderten Massen analoges Sekret. — Einige Zeit darnach wurden durch die Thoracocentese 700 ccm eitriger Massen entleert. Darauf Besserung des durch die lange Krankheit sehr geschwächten und anämischen Patienten. Acht Tage vor dem Tode Schmerzen in der Magengegend mit Brechneigung. Vier Tage vor dem Tode heftiges Blutbrechen, darauf 4 fast rein blutige Stühle. Hochgradige Anaemie, exitus letalis 25. October.

Die Sektion ergab allgemeine Blutleere, grosses linksseitiges Empyem mit schwartigen Auflagerungen der Pleura, eine verheilte Wunde, Verkleinerung und Hepatisation der linken Lunge, entzündliche Degeneration der Muskelsubstanz des linksseitigen Zwerchfelles. Das ganze Darmrohr vom Magen bis zum Mastdarm enthielt eine grosse Menge theils flüssigen theils geronnenen Blutes.

„In der oberen Hälfte des Dünndarms zeigen sich zahlreiche, unregelmässig gestaltete, bald schmutzig braunrothe, bald hochrothe Stellen der Schleimhaut, welche im Quer-Durchmesser 1—3 cm, im Längs-Durchmesser 3—10 cm halten. In den hochrothen Stellen sind die Gefässnetze ausgespritzt. Die schmutzig braunrothen Stellen sind von ausgedehnten Blutadern durchzogen und zeigen Substanzverluste von bald rundlicher bald unregelmässiger Form, welche 1½ bis 2½ cm lang und fast ebenso breit sind. Die Substanzverluste sind meist oberflächlich, an einigen Stellen aber durchsetzen sie die Schleimhaut gänzlich. An den Rändern der Substanzverluste ist die Schleimhaut in Folge von Gefässausspritzung hochroth und mässig geschwollen; die Ränder liegen meist dem Grunde an, sind aber hier und da in der Breite von 1—2 mm und in verschiedener Länge von ihm abgelöst. Der Grund zeigt dichtnebeneinanderstehende, sehr kleine dunkelrothbraune, fast schwärzliche, hier und da aber auch ziemlich hochrothe Punkte.“

In seinem Gutachten weist Verf. zuvörderst nach, dass die krankhaften Veränderungen der linken Lunge, der pleura und des Zwerchfelles Folge der Stichwunde waren und dass schon sie geeignet waren den Tod herbeizuführen. Dazu gesellte sich nun die kolossale Darmblutung, welche durch hochgradige Blutleere das tödtliche Ende beschleunigte.

Ueber das Zustandekommen des Blutergusses in den Darm äussert sich Verf. folgendermassen: „es hatten mehrfache Ursachen daran Antheil, welche insgesammt von der durch die Brustverletzung erzeugten Krankheit herrühren. Kurze Zeit vor dem Tode häufte sich nämlich die Ausschwitzungsmasse in dem linken Brustfellsacke so an, dass sie auf den Brusttheil der unteren Hohlader einen Druck ausübte, welcher die Entleerung der Blutadern der Leber in die untere Hohlader hinderte und dadurch eine Blutüberfüllung der Pfortader und somit der Blutadern der Schleimhaut des Dünndarms erzeugte. Die Ueberfüllung der Blutadern der Dünndarmschleimhaut bewirkte den Bluterguss in das Darmrohr theils dadurch, dass jene barsten und ihr Blut in dasselbe ausschütteten, theils dadurch, dass die von der erschöpfenden Krankheit herrührende Verringerung der Spannkraft der Blutaderwandung Blut durch die letztere austreten liess. Mit dem Bluterguss ging ein Zerfall der Dünndarmschleimhaut einher, welcher Substanzverluste derselben herbeiführte und den Bluterguss vermehrte. Dieser Zerfall rührte von der durch die erschöpfende Krankheit verursachten Ernährungsstörung der Dünndarmschleimhaut her, möglicherweise auch ausserdem noch von Verstopfung einzelner Pulsaderäste des Dünndarms, welche bei erschöpfenden Krankheiten vorkommt und mit dem Namen marantische Thrombose bezeichnet wird. — — — — Da von der durch die Brustverletzung erzeugten Krankheit die

Ursachen herrühren, welche an dem Zustandekommen der Darmblutung Antheil hatten, so erachten die Sachverständigen die Darmblutung für eine Folge der Brustverletzung."

Leo.

---

319. **Dr. Köhnhorn**, Oberstabsarzt, **Zur Aetiologie der Lungenentzündung.** (Eulenburg's Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen. Neue Folge. Bd. 35. Heft 1. p. 81—100.)

Verf. will in seiner Arbeit nachweisen, dass die croupöse Lungenentzündung weder eine Erkältungskrankheit noch eine lokale Entzündung, sondern eine Infektionskrankheit ist. Er basirt seine Beweisführung theils auf statistische Angaben anderer Autoren, theils auf ein während 8 Jahren gesammeltes eigenes Material von 300 Fällen in der Garnison Wesel. Seine Gründe sind im wesentlichen das Vorkommen massenhafter Erkrankungen an croupöser Pneumonie weder vorzugsweise in kälteren Ländern noch in der kälteren Jahreszeit, die Coincidenz der croupösen Lungenentzündung mit Typhus und Wechselfieber zu denselben Zeiten und an denselben Orten, der specifische Verlauf der Pneumonie im Gegensatz zu anerkannten Erkältungskrankheiten, wie Laryngitis, Bronchitis, ihr Beginn mit allgemeinen Erscheinungen, Schüttelfrost etc., nicht mit örtlichen Symptomen u. s. w.

Die Einzelheiten seiner Beweisführung sind so ausführlich specialisirt, dass eine vollständige Wiedergabe hier nicht möglich ist und wir den Leser auf das Original verweisen müssen.

Leo.

---

320. **M. Braubach, Ein Fall von Verschluss des ductus choledochus mit nachfolgender Gallenstauungscirrhose und Bildung miliarer Leber-Abscesse.** (Inaugural-Dissertation Bonn 1881.)

Die Frage, ob es gerechtfertigt ist eine scharfe Trennung zu machen zwischen zwei Formen der Lebercirrhose ist nicht völlig entschieden. Eine Form, von Charcot und Gombault „Cirrhose d'origine biliaire" bezeichnet, hat ihren Grund in einer Erkrankung der Gallenwege, indem der entzündliche Prozess vor der Innenwand derselben nach aussen und von da aus über das Bindegewebe sich fortpflanzt und ist characterisirt dadurch: dass die bindegewebige Wucherung im Bezirk der interlobulären Räume in Form von abgerundeten Inseln (cirrhose insulaire) von da aus sich in unregelmässigen serpiginösen Zügen entwickelt, zweitens dass sie jedes Läppchen für sich umwuchert (cirrhose monolobulaire), drittens dass sie von der Peripherie in das Centrum des lobulus vordringt zwischen die Leberzellenreihen und so das Leberparenchym zerstört (cirrhose intra- und extralobulaire).

Als zweite Form wird die bezeichnet, welche ihren Ursprung vom Pfortadersystem aus nimmt, (cirrhose veineuse) ist nach genannten Forschern characterisirt, dadurch, dass die bindegewebige Neubildung in Form von Ringen auftritt (cirrhose annulaire) die eine Anzahl von lobuli zugleich umschliessen (c. multilobulaire), auf die Peripherie der Leberläppchen beschränkt, das Parenchym durch Compression zerstörend. B. nimmt an, dass Charcot und Gombault zu viel Gewicht auf die Anwesenheit der Gallenkanälchen bei der hypertrophischen Cirrhose gelegt haben; auch seien die Unterscheidungsmerkmale der beiden Cirrhosisformen in der Verbreitungsweise der Bindegewebsneubildung nicht allgemein völlig zutreffend. (Ackermann, Vir. Arch. Bd. 20). Trotzdem konnte Ackermann bestätigen, dass die anatomische Trennung einer hypertrophischen (cirrh. d'origine biliaire) und einer atrophischen Cirrhose gerechtfertigt sei. Nun veröffentlicht Braubach einen Fall von Lebercirrhose aus dem Cölner Bürgerhospital unter Leichtenstern beobachtet, „wo es in Folge von Verschluss des ductus choledochus zur Secretstauung, zur Dilatation und Entzündung der Gallenwege und im Anschluss daran zur Wucherung des benachbarten Bindegewebes, zur cirrhotischen Veränderung gekommen ist.

Als wesentlichste Momente der klinischen Erscheinungen wird hervorgehoben: Beginn der Erkrankung mit Icterus, Vermehrung des Lebervolumens, fortschreitend im Verlaufe der Krankheit. Leber auf Druck zuweilen schmerzhaft. Die Milz nimmt an Grösse zu. „Zeitweise kommt es zu grösseren Schmerzanfällen im Abdomen, verbunden mit galligem Erbrechen und Auftreten von Ascites, welcher dann wieder verschwindet. Dabei sahen wir die Krankheit von lebhaftem, höchst irregulären, atypischen Fieber begleitet, ohne Schüttelfrost, aber mit starken Schweissen bei plötzlichen Temperaturremissionen. Die Kräfte und das allgemeine Wohlbefinden der Kranken nehmen stetig ab, und schliesslich geht dieselbe unter Delirien und Coma zu Grunde“.

Diesem Gange liegt zum Grunde ein pathologisch-anatomischer Befund, dessen Wichtigstes ist: erhebliche Vergrösserung der Leber, Verkleinerung der cystis felleae und Obliteration des ductus cysticus. „Im ductus choledochus befindet sich ein Gallenstein, oberhalb dessen der ductus choledochus wie die ductus hepatici bis Zeigefingerdicke erweitert sind“. Ebenso die intrahepatalen Gänge durch Stauung des Secrets dilatirt (Ampullen); Verbreitung des entzündlichen Prozesses in reichlicher Bindegewebsproliferation auf Glisson'sches Gewebe und Leberacini, kleinzellige Infiltration und multiple Abscessbildung. Die Bindegewebsneubildung vorzugsweise extra-, nur selten intralobulär. Leberzellen stark gallig tingirt und in Pigmentatrophie.

Die Lebervergrösserung wird nicht nur auf die Secretstauung, sondern auch auf die durch die Entzündung der Gallengänge hervorgerufene Bindegewebshyperplasie und kleinzellige Infiltration zurückgeführt; unterstützt durch venöse Stauung infolge intensiver chronischer Capillarbronchitis. Besondere Besprechung erfährt dann 1. die Bedeutung des Milztumor, der bei der cirrhose d'origine biliaire eine beträchtlichere Grösse erfährt, als bei temporärem Verschluss (Leichtenstern) des Gallenganges 2. das Fehlen hochgradiger Stauungserscheinungen, die mehr weniger vollständige Abwesenheit des Ascites.

Tritt er in der cirrhose d'origine biliaire (in späteren Stadien erst) auf, so ist er meist Folge einer peritonealen Entzündung. Die beständige Erhöhung der Körpertemperatur wird erklärt durch die eitrige Cholangitis - Abscessbildung im Leberparenchym, und von da aus erzeugte Sepsis.

Finkler.

---

321. **E. Lancereaux, Artérite généralisée.** L'Union médicale 1881. Nr. 101, 105, 107 und 112.

L. unterscheidet 3 Formen von Arteriitis: 1) die circumscripte, obliterirende Art., die nur eine umschriebene Stelle des arteriellen Systems, ein mittelgrosses Gefäss, besonders eine der Gehirnarterien ergreift und gewöhnlich syphilitischen Ursprungs ist; 2) die heerdweise auftretende Art., die hauptsächlich ihren Sitz im Anfangstheil der Aorta hat und die Ursache von aneurysmatischer Erweiterung und Perforation wird und 3) die allgemeine Art. Die Unterscheidung von Endo-, Meso- und Periarteriitis hält er für überflüssig. Im Anschluss an 5 näher beschriebene Fälle von allgemeiner Arteriitis, bei denen die Autopsie die Diagnose bestätigte, bespricht er den Entwicklungsgang der Krankheit, die durch sie hervorgerufenen anatomischen Veränderungen und functionellen Störungen der verschiedenen Organe, die Prognose und die Behandlung. Die Krankheit entwickelt sich meist im höheren Lebensalter, besonders bei Personen, die an Gicht, chronischer Bleivergiftung und Hautausschlägen leiden. Zunächst zeigt sich die Aorta ergriffen; hier nimmt die unter dem Namen des atheromatösen Processes bekannte Affection mit Vorliebe die Abgangsstellen der collateralen Aeste ein. Von der Aorta aus verbreitet sich dann der Process mehr oder weniger auf sämmtliche Arterien des Körpers. Die in Folge der verminderten Elasticität der Arterien an die Triebkraft des linken Ventrikels gestellten grösseren Anforderungen erzeugen Hypertrophie desselben; letztere bleibt aus, wenn die den Herzmuskel ernährenden Coronararterien frühzeitig afficirt worden, und verlaufen solche Fälle rasch letal. Werden, wie in den meisten Fällen, die Aortenklappen mit in den Entzündungsprocess hineingezogen, so entsteht durch Verdickung und Schrumpfung Insufficienz derselben. Die Mitralis bleibt gewöhnlich intact. In den Lungen entwickelt sich häufig Emphysem oder es kommt durch Gefässzerreissungen zu Blutungen. Von den Organen des Abdomens zeigt die Milz Verkleinerung, Verhärtung und Verdickung der Kapsel; die Nieren fallen einer atrophirenden Entzündung, besonders der Corticalis anheim; der Urin ist dann eiweisshaltig und von geringer Quantität. Die Schleimhaut des Magens ist meist blutüberfüllt, verdickt und verhärtet, oft durchsetzt mit kleinen Blutextravasaten, die zu Geschwürsbildung Veranlassung geben können. Aehnliche Veränderungen zeigt die Darmschleimhaut. Die dadurch hervorgerufenen Verdauungsstörungen sind die Ursache der allgemeinen Abmagerung, der Atrophie der Muskeln, der schlechten Ernährung und

Brüchigkeit der Knochen. In den Gelenken hat L. fast regelmässig Usur der Knorpel und Knochenwucherungen an ihrer Peripherie beobachtet. Im Gehirn und Rückenmark findet sich Vermehrung des Liquor cerebrospinalis; die nervöse Substanz selbst ist fest, blass, an verschiedenen Stellen wie macerirt, an andern durchsetzt mit hämorrhagischen und Erweichungsheerden, deren Grösse im Verhältniss zum Caliber des betreffenden in den Entzündungsprozess hineingezogenen Gefässes steht. Für die Diagnose der allgemeinen Arteriitis von Wichtigkeit sind: die an verschiedenen Körperstellen nachzuweisende Rigidität der Arterien, die physicalischen Symptome der Hypertrophie des linken Ventrikels und der Insufficienz der Aortenklappen, der Corrigau'sche Puls, das Auftreten von Eiweiss im Urin, die allgemeine Abmagerung, die Anämie. Oedeme sind selten, und stets auf die Extremitäten beschränkt. Die Klagen der Patienten beziehen sich hauptsächlich auf Herzpalpitationen, Beängstigung und Beklemmung auf der Brust, Anfälle von heftigen Brustschmerzen, hochgradige Abgeschlagenheit. Abnahme der Intelligenz, des Gedächtnisses, Erschwerung der Sprache wird oft beobachtet; zuweilen leidet der Gesichtssinn beträchtlich, in einem Falle L's bestand vollständige Hemiopie. Huguénin, der zwei ähnliche Fälle beobachtete, glaubt als Ursache der Sehstörungen eine oberflächlich erweichte Stelle in der Nähe der Fossa Sylvii ansprechen zu müssen; nach L. kann entzündliche Veränderung der Art. nervi optici dieselben verursachen. Die Motilität ist sehr oft gestört; die Bewegungen sind entweder schwach, langsam, ungeschickt oder es zeigt sich mehr oder weniger ausgesprochenes Zittern. Zuweilen sind Paralysen zu constatiren, die sich durch unbestimmte Begrenzung auszeichnen. Die Sensibilität leidet wenig; in einzelnen Fällen klagen die Patienten über Formication und stechende Schmerzen an verschiedenen Körperstellen. L. beobachtete bei einigen seiner Kranken düstere Gemüthsstimmung mit Neigung zum Weinen; er schloss daraus auf Veränderungen im Pons, die auch durch die Section bestätigt wurden.

Der Verlauf der Erkrankung ist ein schleppender, die Prognose schlecht, da wir kein Mittel haben, das Weiterschreiten der Entzündung in den Arterien zu verhindern. L. empfiehlt nach dem Vorgang englischer Aerzte das Jodkali, ferner kalte Abreibungen und Douchen. Die cerebrale Anämie und die durch sie bedingte Schlaflosigkeit bekämpft er mit Opiaten.

Brockhaus (Godesberg).

---

322. **Lubanski, Sur la néphrite consécutive aux scarlatines légères.** Ueber die auf leichten Scharlach folgende Nephritis. (L'Union médicale 1881. Nr. 116.)

L. hat eine umfangreiche Scharlachepidemie bei einem Infanterie-Regiment beobachtet; nur wenige Soldaten blieben verschont. Die ersten Erkrankungen waren schwere mit einigen Todesfällen, später war der Verlauf ein leichterer; oft verrieth erst die Desquamation den durchgemachten Scharlach. Ein solch leichter Fall betraf einen jungen

Soldaten von sehr kräftiger Constitution. Nach kurzem Aufenthalt im Hospital wurde er als gesund entlassen und befand sich zwei Monate hindurch ganz wohl. Dann stellte er sich mit leichtem Oedem der Hände, Füsse und des Gesichts wieder vor; der Urin enthielt kein Eiweiss; das Allgemeinbefinden war in keiner Weise gestört. Am folgenden Tage heftige Dyspnoe, für welche die Untersuchung der Brustorgane kein ursächliches Moment ergab und an welcher der Kranke am 3. Tage zu Grunde ging. Die Urinsecretion war während dieser Zeit spärlich gewesen, eine Untersuchung des Urins auf Eiweiss nicht gemacht worden. Autopsie: Lungen an den Rändern und Spitzen etwas emphysematös und mässig ödematös, sonst normal. Herz in beiden Hälften vergrössert, Wände des linken Ventrikels hypertrophisch. Klappen intact, ebenso die grossen Gefässe. Letztere wie das Herz mit massenhaftem, schwarzen Cruor gefüllt. Leber mässig vergrössert, vom Aussehen der Muskatnussleber. Nieren stark verkleinert, Kapsel leicht abziehbar, Nierenparenchym ungemein fest; die gelblichgraue Corticalis sticht scharf von den dunkelblauen Markkegeln ab. Gehirn und Rückenmark wurde nicht untersucht. L. ist der Ansicht, dass es sich um einen jener selteneren Fälle von urämischer Intoxication handelt, die ihren Ausdruck allein in heftiger Dyspnoe findet, während Coma, Convulsionen etc. fehlen. Dieser Fall beweist wieder, dass nach ganz leichtem Scharlach sich schwere Nierenentzündungen entwickeln können, und fordert zu grosser Vorsicht in der Behandlung und Prognose auch bei scheinbar vollständig abgelaufenem Krankheitsprocess auf.

Brockhaus (Godesberg).

---

323. **H. v. Liebig, Condensierte Milch und ihre Anwendung.** (Aerztliches Intelligenzbl. für Baiern. Jahrg. 1881. Nr. 32.)

Verfasser glaubt, dass, wenn Kinder, welche mit Liebig'scher Suppe und Kuhmilch ernährt werden, diese Ernährungsweise nicht vertragen sondern Diarrhoe bekommen, dann nicht dem Extract sondern der Kuhmilch die Schuld beigemessen werden muss. Als bei Liebigs eigenem Kinde bei dieser Ernährungsweise (Suppe mit frischer Milch) andauernde Diarrhoeen auftraten, welche durch keine medicamentöse Behandlung gestillt werden konnte, so dass das Kind vollständig heruntergekommen war, so wurde der Extrat mit condensirter Milch gegeben und sofort hörten die Diarrhoeen auf und das Kind gedieh.

Verf. nimmt an, dass in sehr vielen Fällen die Diarrhoeen von Fermenten in der frischen Milch herrühren und dass in dieser Hinsicht der condensirten Milch der Vorzug zu geben ist, indem bei dieser durch längeres Erhitzen im Vacuum die Fermente zerstört sind. Verfasser hält den Liebig'schen Suppenextract in Verbindung mit condensirter Milch für das beste Surrogat der Muttermilch.

Kohts (Strassburg).

324. **Dr. Kowalsky, Zur Behandlung der Nephritis und der Diphtheritis mit Pilocarpin.** (Przeglad lekarski 1881. No. 12.)

Verf. hat bei 14 Nephritikern die subcutane Injektion von Pilocarpin (0,10 piloc. — 10,0 aq. dest.) angewandt; der Speichelfluss stellte sich nach ca. einer halben Stunde ein, war gewöhnlich recht erheblich und dauerte 3 bis 15 Stunden an; der Schweiss trat gewöhnlich auch zu gleicher Zeit ein und dauerte $^1/_2$—3 Stunden. In einem Fall schwanden die hydropischen Erscheinungen vollständig, in 3 Fällen trat relative Besserung ein; bei den übrigen Patienten aber blieb die Pilocarpinbehandlung vollkommen erfolglos. Die Resultate sprechen nicht besonders zu Gunsten der Pilocarpinbehandlung bei Nephritis.

Bei Diphtheritis dagegen hat sich Pilocarpin ausserordentlich gut bewährt: von 30 Patienten (23 Kinder von 1 bis 3 Jahre alt und 7 Erwachsene) starben nur 2, ein Knabe von 18 Monaten und ein Mädchen von 6 Jahren. — Pilocarpin wunde nach der Guttmann'schen Vorschrift angewandt; die örtliche Behandlung beschränkte sich auf Gurgeln mit einer schwachen Lösung von Kali chloricum.

Krusenstern (Petersburg).

---

325. **Dr. Galanin, Zur Behandlung der Diphtheritis.** (Wratschebnoja Wedommosti Nr. 441. 1880.)

Galanin plaidirt für die Inhalationen von heissem Dampf bei Diphtheritis; er hat bei dieser Behandlung immer den besten Erfolg gesehen auch ohne dass Patienten tief inhalirten; bei gewöhnlicher, oberflächlicher Athmung der Patienten, sank die Temperatur unter dem Einfluss des heissen Dampfes und die lokalen Erscheinungen bildeten sich rasch zurück.

Krusenstern (Petersburg).

326. **Dr. Szymansky, Zur Behandlung der Diphtheritis.** (Medycyna 1880. Nr. 44.)

Szymansky gibt mehrere Fälle von Diphtheritis an, welche mit Scharlach complicirt waren, in welchen er die Weitzenbut'sche Mischung (ac. benz. ℈j, lact. sutf. ʒß, glycerini ℥j) mit sehr gutem Erfolge angewandt hat. Mit dieser Mischung wurden die erkrankten Stellen zweistündlich bepinselt. Die diphtheritischen Auflagerungen lösten sich gewöhnlich nach ca. 36 Stunden. Es waren auch schwere Fälle mit Erfolg behandelt. Recidive wurden nicht beobachtet.

Krusenstern (Petersburg).

---

327. **Dr. Danilewsky, Zur Behandlung der Diphtheritis.** (Protokolle des ärztlichen Vereins in Charkow. 1880.)

Danilewsky schlägt vor bei Diphtheritis folgendes Gurgelwasser zu erproben: Rp. Pepsini german. Witte ʒj—ʒj ß, ac. muriat. gutt. xv —gutt. xx, aq. destill. ℥vj. DS. 4mal binnen einer Stunde zu gurgeln. Verf. betont die Nothwendigkeit des häufigen Gurgelns und räth die Medicinflasche in warmem Wasser (ca. 37—40°) zu halten. Das Bepinseln kann auch von Nutzen sein, doch soll sich die Behandlung darauf allein nicht beschränken. Danilewsky hat 12 Patienten (1 Todesfall) im Ganzen hiermit erfolgreich behandelt: 5 von diesen waren leichte Fälle; bei 3 sehr schweren Fällen aber war die Wirkung besonders ins Auge fallend.

Auch Dr. Byschinsky hat das empfohlene Mittel ebenfalls mit Erfolg gebraucht; unter sechs von ihm behandelten Patienten war ein sehr schwerer Fall; alle Kranken genasen.

Krusenstern (Petersburg).

Neue Bücher.

Andrieu, Les ulcères vénériens et leur traitement par l'acide pyrogallique. Paris, Davy.

d'Ardenne, De l'allaitement artificiel. Paris. J. B. Baillière et fils. 3 fr.

Arnould, Nouveaux éléments d'hygiène. Paris, J. B. Baillière et fils. 20 fr.

Beely, Zur Behandlung der Pott'schen Kyphose mittelst tragbarer Apparate. (Samml. klin. Vorträge 199.) Leipzig. Breitkopf und Härtel. 75 Pf.

Bobril, L'Islande; de sa pathologie et en particulier des kystes hydatiques. Paris, Davy.

Börner, Ueber das subseröse Uterus-Fibroid (Samml. klin. Vorträge 202). Leipzig, Breitkopf und Härtel. 75 Pf.

Choiseau, De la généralisation des lymphadénomes dans le tissu cellulaire sous-cutané. Paris, Davy.

Churchill, The diseases of children. London, Longmans. 6 sh.

Dagonet, Conscience et aliénation mentale, étude medico-psychologique. Paris, J. B. Baillière et fils.

Dowse, The brain and nervous system. Vol. I. syphilis of the brain. 2nd. ed. London, Baillière. 7 sh. 6 d.

Dowse, On brain and nerve exhaustion. Neurasthenia: its nature and curative treatment. London, Baillière. 7 sh. 6 d.

Exner, Untersuchungen über die Localisation der Funktionen in der Grosshirnrinde des Menschen. Mit 25 Tafeln. Wien, Braumüller. 20 M.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 17. September. Nro. 23.

328. **H. Toussaint, Contribution à l'étude de la transmission de la tuberculose. Infection par les jus de viandes chauffés.** Ueber die Ansteckungsfähigkeit der Tuberculose. (Comptes rend. T. XCIII. Nr. 5.)

Verf. weist auf die enorme Infectiösität des tuberculösen Virus hin, die selbst durch hohe Temperaturen, bei denen die Milzbrandbakterien sterben, nicht aufgehoben wird. Er injicirte den aus der Lunge einer tuberkulösen Kuh gepressten Saft theils kalt, theils auf 55—58° erhitzt, unter die Haut von Schweinen und Kaninchen. Sämmtliche Thiere erkrankten zunächst an lokaler dann an allgemeiner Tuberkulose und gingen in einigen Monaten zu Grunde, wenn sie nicht vorher schon zum Zwecke der Constatirung des Befundes getödtet worden waren. Einige der mit der heissen Flüssigkeit geimpften Thiere starben sogar früher als die übrigen.

In einer zweiten Versuchsreihe wurde Schenkelfleisch eines tuberkulösen Schweines längere Zeit heissen Dämpfen ausgesetzt, fast gebraten, darauf ausgepresst und der Saft wurde Kaninchen injicirt. Auch diese Thiere erkrankten an lokaler und genereller Tuberkulose.

Auf Grund dieser Versuche betont Verf. die grosse Gefahr, welche in dem Genuss von Fleisch oder Fleischsaft tuberkulöser Thiere, besonders für Kinder und schwache Personen, besteht.

Lüderitz (Jena).

---

329. **Toussaint, H., Infection tuberculeuse, par les liquides de sécretion et la sérosité des pustules de vaccin.** Tuberculöse Infection durch Urin und Vaccinelymphe. (Comptes rendus. T. XCIII. Nr. 6.)

Nach T. können Speichel, Nasenschleim und selbst Urin tuberculöser Thiere die Krankheit übertragen. Vom Speichel und Nasenschleim hat dies bereits Villemin festgestellt. Vom Urin war es bisher noch nicht nachgewiesen; Verf. hat jedoch durch Injection von wenigen Tropfen Urin eines tuberculösen Schweines in das Ohr eines Kaninchens locale und allgemeine Tuberculose erzeugen können. Er sieht diese enorme Infectiosität der Tuberculose als Ursache dafür an, dass z. B. in Milchereien sämmtliche Kühe bisweilen tuberculös erkranken.

Auch für die Vaccination der Kinder sei diese Ansteckungsfähigkeit von Bedeutung. Verf. hat Lymphe, die aus der Vaccinapustel eines gesunden Kindes stammt, auf eine tuberculöse Kuh geimpft, weiterhin die Lymphe der bei der Kuh entstehenden Pusteln auf 4 Kaninchen und 1 Schwein übertragen; von diesen Thieren acquirirten bis zur Zeit wo diese Versuche mitgetheilt wurden, bereits 3 — das Schwein und 2 Kaninchen — Tuberculose. Bei obligatorischer Einführung der Vaccination sei es daher durchaus nothwendig, die Producenten der Lymphe — sowohl Thiere als Menschen — nur mit grösster Sorgfalt auszuwählen.

Lüderitz (Jena).

---

330. **Toussaint, H., Sur quelques points relatifs à l'immunité charbonneuse.** Ueber Immunität gegen Milzbrand. (Comptes rendus. T. XCIII, Nr. 3.)

Verf. spricht über die Dauer der Immunität gegen Milzbrand und über die Erblichkeit derselben. Erstere anlangend, so verhält sich der Milzbrand ähnlich wie andere nicht recidivirende Infectionskrankheiten: die Dauer der Immunität ist direct proportional der Schwere der ersten Attaque und umgekehrt proportional der Widerstandsfähig-

keit der Thiere. Schafe, die eine schwere Infection überstanden hatten, zeigten sich dauernd immun; bei Inoculation schwachen Giftes kann eine neue Attaque zum Tode führen.

Gegen Milzbrand immun gemachte Schafe vererben diese Eigenschaft auf ihre Jungen, selbst wenn die Impfung 2 bis 3 Monate vor der Conception stattgefunden hat.

Lüderitz (Jena).

331. **Bouley, M., Vaccination charbonneuse; compte rendu sommaire des expériences faites à Lambert, près Chartres, pour vérifier la methode de M. Pasteur.** Kurzer Bericht über die zu Lambert angestellten Milzbrandimpfungen. (Comptes rendus. T. XCIII. Nr. 4.)

Die zu Melun angestellten Versuche über Milzbrand (Referat s. diese Zeitschrift) erschienen Vielen, welche denselben beigewohnt hatten, nicht beweisend, da zur Impfung nicht direct Milzbrandblut, sondern cultivirtes Milzbrandgift verwendet worden war. Es sind daher folgende neue Versuche gemacht worden.

Am 16. Juni 1881 wurden 35 Hammel — 19 nach Pasteur'scher Methode immun gemachte und 16 noch nicht geimpfte — mit einem Gemisch von Blut und Milzpulpa eines 4 Stunden vorher an Milzbrand verstorbenen Hammels inficirt. 71 Stunden nach dieser Impfung waren von den 16 Thieren der 2. Serie bereits 15 an Milzbrand gestorben, während die übrigen 19 durchaus keine Alteration ihrer Gesundheit erfahren hatten.

Lüderitz (Jena).

332. **Bimsenstein, Epidémie de fièvre Dengue observé à Alexandrie d'Égypte.** Eine Dengue-Fieberepidemie beobachtet in Alexandria (Egypten). (L'Union médicale. 1881. Nr. 91.)

Die Epidemie entwickelte sich im October 1880 und wurden fast 90% der Bevölkerung, ohne Unterschied von Alter, Geschlecht, Stand etc. von ihr ergriffen. Ihre directen Entstehungsursachen sind dunkel. Dass die Krankheit contagiös ist, steht nach B. ausser jedem Zweifel, ob aber diese Epidemie mit der, welche im Jahre 1877 in Ismaila beobachtet wurde, in irgend welchem Zusammenhang steht, wagt er nicht zu entscheiden. Der Krankheitsverlauf war folgender. Nach einem, zuweilen ganz fehlenden, 3—4 tägigen Stadium prodomorum, in dem die Kranken über Mattigkeit, Appetitmangel und Verstopfung klagten, — in einzelnen Fällen zeigten sich, von Anfang an Symptome

von Bronchialkatarrh — entwickelte sich unter heftigen Hirn-, Kopf- und Gliederschmerzen ein Fieber, das selten über 38,5 ° C. stieg. Die Kranken waren zu jeder körperlichen oder geistigen Beschäftigung unfähig; die Gliederschmerzen wurden bald am heftigsten in den Gelenken, die aber weder geschwollen, noch heiss waren, bald in den Muskeln empfunden. Von einigen Kranken wurde über starke Schmerzen längs der Wirbelsäule, besonders in der Nierengegend geklagt. Zugleich bestand vollständige Appetitlosigkeit, Uebelkeit, öfters Erbrechen galliger Massen, Husten mit schleimigem Auswurf, Thränenträufeln. Das Erbrechen wurde in einzelnen Fällen so stark und anhaltend, dass es die Kranken aufs äusserste erschöpfte. So blieb das Krankheitsbild 2—3 Tage, dann trat unter Nachlass der Kopf- und Gliederschmerzen ein Hautausschlag von sehr variabler Form — bald erythematös, bald wie Masern, wie Scharlach, zuweilen wie Variola aussehend — auf. Dieses Exanthem war manchmal nur schwach ausgeprägt; es fehlte nur in ganz vereinzelten Fällen. Nach einigen Tagen verschwand es, öfters unter Abschuppung der Haut und heftigem Jucken; zugleich besserte sich das Allgemeinbefinden und nach Verlauf von 1—2 Wochen war die Heilung in den meisten Fällen vollendet. Am längsten dauerten die Klagen über Appetitmangel und grosse Schwäche in den Füssen. In einzelnen Fällen, in denen beim ersten Anfall die Hauteruption ausgeblieben war, trat nach einigen Tagen ein Recidiv mit Letzterer ein. Eine 3. Attaque wurde sehr selten beobachtet. Manchmal verzögerte sich der Ausbruch des Exanthems um mehrere Tage; in solchen Fällen wurden Blutungen, Epistaxis, Haematurie, intestinale Haemorrhagien, öfters beobachtet. Ueberhaupt schien der Krankheitsprozess stark auf das Uteroovarialsystem zu wirken, indem fast regelmässig mit Beginn des Fiebers sich die Menses einstellten. In einzelnen Fällen war Haematurie Vorbote schwerer Erscheinungen seitens der Nieren, vollständiger Anurie mit urämischen Symptomen und nachfolgender Albuminurie. Bei Kranken die früher an Neuralgien, Ischias, Intercostal- und Gesichtsneuralgien etc. gelitten hatten, trat während des Fieberanfalls öfters ein Recidiv ein. In einzelnen Fällen zeigte sich die Leber geschwollen und schmerzhaft und war dies zuweilen der Beginn einer wirklichen Hepatitis, welche die Eigenthümlichkeit hatte, dass sie sich erst längere Zeit nach scheinbar vollständiger Heilung deutlich manifestirte. B. ist der Ansicht, dass die auffallende Häufigkeit von Abscessen und Entzündungen der Leber in den ersten Monaten nach Erlöschen der Epidemie mit dieser in Causalzusammenhang gebracht werden muss. Abgesehen von diesen letzten Complicationen war die Prognose durchaus günstig. Viele genasen bei rein exspectativer Behandlung; in andern Fällen zeigten sich salinische Laxantien, Brechmittel, Chinin in Verbindung mit Extr. Hyoscyami von guter Wirkung.

Brockhaus (Godesberg).

333. **Dr. Paur** (Kempten), **Zur Aetiologie des Abdominaltyphus.** (Aerztliches Intelligenz-Blatt Nr. 32. 1881.)

In der Stadt Kempten war im Jahre 1861 eine bedeutende Typhusepidemie beobachtet worden, es erkrankten nämlich 1146 Personen, wovon 96 starben = 8,2 %, woraus sich der Charakter der Epidemie als ein gutartiger erweist.

In der Schlosscaserne erkrankten 17 Mann. Eine zweite Epidemie trat im Winter 1868/69 auf, diesmal erkrankten nur 89 Personen.

In der ganzen Stadt gab es nur Sammel- und Versitzgruben, der grössere Theil der Canäle ist unbespült, enge und von so geringem Gefälle, dass deren Inhalt nur ungenügend abläuft, bei nur wenigem Steigen des Flusses (Iller) sogar zurückgestaut wird. Da der Untergrund der Stadt ausserordentlich durchlässig und die Canalisation eine so mangelhafte ist, wird die grosse Ausbreitung der ersten Epidemie leicht erklärlich sein.

Dem Trinkwasser kann keine Schuld an der Verbreitung des Typhus beigemessen werden, da sehr gute Quellenleitungen bestehen.

Im Winter 1879/80 trat in der Schlosscaserne eine vom Verf. beobachtete Typhusepidemie auf; die Caserne ist bewohnt von 590 Personen (incl. Frauen und Kinder), von denen 125 Personen erkrankten, und 2 starben (1 mit doppelseitiger Pneumonie complicirt). In den letzten 3 Jahren war in der Kaserne kein Typhusfall mehr vorgekommen (17 im Jahre 1861).

Es wird in Bezug auf die Aetiologie angenommen, dass das Typhusgift mit den Dejectionen des ersten Falles in den Abort gelangte und hier sich ein Infectionsherd bildete.

Bei Wartepersonal kamen auffallend viele Erkrankungen vor; es erkrankten im Ganzen 7 Lazarethgehilfen.

Seifert (Würzburg).

---

334. **Dr. Oscar Kollmann** (Würzburg), **Eine neue Methode, Caries zu behandeln.** (Berl. kl. Wochenschr. 1881. Nr. 19.)

Die Methode von Kappesser, chronische Lymphdrüsenleisten mit Einreibungen von Schmierseife zu behandeln, wandte K. bei Caries an, welche andern Mitteln Widerstand geleistet, und theilt vorläufig 4 Fälle in Kurzem mit:

1. Caries des Brustbeins und des Wirbelkörpers; Patientin kann sich nicht ohne fremde Hülfe bewegen. Zustand trostlos. Heilung.

2. 47jähr. Gefangene, Caries des Mittelfussknochens. Einreibungen vom 10. Oct. bis 18. December 79. Dabei durch zu frühes Aufstehen eine Verzögerung der Heilung. Genesen.

3. 35 jähr. Gefangene, nach vorangegangenem Erysip. faciei, Periost. circumscr. costar. lat. dextri und Indurat. pulm. lat. dxtr. ambulatorisch mit den Einreibungen behandelt, „vollständig hergestellt".

4. Frau mit Tub. pulm. und caries costar. „vollständig hergestellt".

Auch bei einer Frau mit Periostitis exsud. circumscr. corp. sterni, Exsudat von Eigrösse, Haut geröthet, verminderte sich die Geschwulst nach 8—10 Tagen bis auf ein Drittheil, bei Abfassung der Mittheilung.

K. lässt wöchentlich nur 2 mal eine Einreibung von 15 gr = 1 Esslöffel sapo viridis, mit etwas Wasser vermischt, mittelst eines Schwammes vom Nacken, den Rücken entlang bis zur Kniekehle machen, um die Haut nicht zur Exsudation zu reizen, welche die Kur unterbrechen würde. Nach $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde wird die Salbe mit warmem Wasser abgewaschen. Diese Einreibungen werden bis zum völligen Verschwinden aller entzündlichen und exsudativen Erscheinungen fortgesetzt.

Die anderweitige Behandlung bestand in Darreichung von Leberthran und kräftiger Kost, welche aber für sich vorher erfolglos angewendet waren und welche K. nur bei heruntergekommenen Personen für unterstützend hält.

R.

---

335. **Dr. Rosenthal, Histologische Veränderungen im Gehirn bei Infectionskrankheiten.** (Medycyne 1881. Nr. 19.)

Verfasser hat die mikroskopischen Veränderungen im Grosshirn (meistens wurde gyrus frontalis untersucht) und im verlängerten Mark bei Abdominaltyphus, Febris recurrens, Septicaemie, Febris puerperalis, Scharlach, croupöser Pneumonie etc. studirt.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Dr. Popoff, Herzog Karl von Baiern und Dr. Blaschco ist Rosenthal zu der Ueberzeugung gekommen, dass bei infectiösen Erkrankungen parenchymatöse Entartungen der Hirnmassen wohl stattfinden und zwar am ausgeprägtesten im verlängerten Mark, weniger intensiv im Grosshirn.

Im ersten Stadium finden sich trübe geschwellte Nervenzellen, in späteren Stadien trifft man auf Nervenelemente, die fein gekernt, fettig entartet, ja selbst vollständig degenerirt sind. Ob bei der Degeneration auch Theilungsprocesse in den Nervenelementen vor sich gehen, lässt Verfasser dahingestellt, das Fehlen der Kernfiguren lässt diese Annahme jedenfalls etwas zweifelhaft erscheinen.

Die hier beschriebenen anatomischen Veränderungen im Groshirn beziehen sich nur auf die Schichten der pyramidalen Rindenkörper der grauen Substanz; sie sind vollkommen den anatomischen Befunden in anderen Organen analog. — Rosenthal nimmt an, dass die psychischen Störungen während der Krankheit und die späterhin nachbleibende Neigung zu Psychosen auf eben diesen Veränderungen beruhen.

Krusenstern (Petersburg).

---

336. **D'Espine, Hypertrophie du cerveau avec sclérose bulbaire chez un enfant mort à 2 ans et demi d'une méningite aiguë de la convexité.** Hypertrophie des Gehirns mit Bulbärsclerose bei einem an acuter Meningitis der Convexität gestorbenen $2^1/_2$ jährigen Kinde. (Rev. med. de la Suisse Rom. 1881. Heft 8.)

E. hat ausser diesem noch 2 Fälle von Gehirnhypertrophie bei Kindern beobachtet; bei denselben hatte die Sclerose die Convexität der Hemisphären ergriffen und liess sich der Krankheitsprozess mit Wahrscheinlichkeit auf zu frühe Verknöcherung eines rhachitischen Schädels zurückführen. Der vorliegende Fall ist nach E. besonders interessant durch die bei Kindern sehr seltene Bulbärsclerose und die ausgesprochene labio-glosso-pharyngeale Paralyse; erwähnenswerth ist ferner, dass ein zweites Kind derselben Eltern im Alter von $3^1/_2$ Jahren an einer ähnlichen Affection gestorben ist. Die Eltern selbst waren beide gesund. Das Kind entwickelte sich vollständig normal bis zum 16. Monat. Um diese Zeit schien es den Eltern, als ob der Kopf unverhältnissmässig gross würde, so dass das Kind ihn nur mit Mühe gerade halten konnte. Vom 21. Monat an allmählich zunehmende Paralyse und Steifigkeit der Beine, erschwertes Sprechen. E. sah das Kind erst im 28. Monat. Status praesens: Sehr beträchtlicher Kopfumfang, Schädel besonders nach den Seiten stark ausgedehnt. Keine Rhachitis. Zahnentwicklung vollendet. Blick starr und stupide. Pupillen gross, träge reagirend, auf beiden Seiten gleich. Unterlippe hängt herab und lässt beständig den Speichel herabfliessen. Die Zunge ist atrophisch, gerunzelt, schwer beweglich. Gaumensegel atrophisch. Sprache sehr undeutlich. Schlucken besonders von consistenter Nahrung erschwert. Die Intelligenz hat nicht gelitten, es besteht weder Paralyse der Gesichtsmuskeln noch Hemiplegie. Muskeln der unteren Extremitäten in sitzender Stellung des Kindes schlaff; beim Versuch, aufzustehen, tritt starre Contraction der Extensoren ein; die Füsse nehmen Equino-varus-Stellung an. Die Rumpfmuskulatur erscheint normal; die oberen Extremitäten so schwach, dass das Kind sie beim Essen nicht gebrauchen kann. Sensibilität der Haut nirgends alterirt. Allgemeinbefinden gut; Urinentleerung normal, zuweilen unfreiwillige Stühle. Erbrechen und Convulsionen sind nicht beobachtet worden. Die Behandlung bestand in Anwendung des constanten Stromes, Darreichung von Strychninum sulf. (0,002 pro die) später Jodkali in Lavements. Allmähliges Fortschreiten der Paralyse. Am Ende des 32. Lebensmonats stellt sich Hemiparese des linken Trigeminus ein; das Athmen ist erschwert, besonders die Exspiration, Deglutition fast ganz unmöglich. Darauf während mehrerer Tage Coma und Convulsionen, Tod. Autopsie: Umfang des Schädels 50 cm, diam. long. 17, transv. 14 cm. Suturen verknöchert. Unter der dura mater beträchtliche Ansammlung röthlichen Serums. Oedem des subarachnoidealen Gewebes. Nirgends Eiter oder Tuberkel. Gewicht des Gehirns im Ganzen 1250 gr. Gewicht des Kleinhirns und des verlängerten Marks 120. Pia mater beiderseits adhärent, besonders in der Umgebung der Fossa Sylvii. Starke Faltenbildung an der Oberfläche des Gehirns; die 3. Windung oberflächlich erweicht, sonst gesund. Auf den Durch-

schnitten zahlreiche Blutpunkte. In den Ventrikeln sehr wenig Flüssigkeit, ihr Lumen nahezu verschwunden. Die Wurzeln des Hypoglossus sehr zart. Medulla obl. klein, ohne makroskopisch sichtbare Veränderungen; das Rückenmark zeigt ausser leichter grauer Verfärbung der Seitenstränge der Lendenanschwellung nichts Abnormes. Die mikroskopische Untersuchung der Muskeln der Zunge und der Wade ergiebt gut erhaltene Querstreifung und Einlagerung feinster Fettkörnchen in einzelnen Fibrillen. In den Wurzeln des Hypoglossus, besonders rechts, viele atrophische Fasern; das Mark entweder ganz verschwunden oder bruchstückweise erhalten. Aehnliche Veränderungen finden sich im Stamm des rechten Hypoglossus nahe der Schlinge, ebenso in den bulbären Wurzeln des Accessorius und einigen vorderen Wurzeln der Lendenanschwellung. Die Wurzeln des Vagus, des Glossopharyngeus, die vom Halsmark abgehenden des Accessorius, sowie die Muskelnerven der Wade intact. In der Med. oblong. 2 oberflächliche sclerotische Streifen, der eine unter dem Boden des 4. Ventrikels, besonders ausgeprägt im Niveau des Hypoglossuskerns, der andere beiderseits den untern äussern Theil der Pyramidenbündel einnehmend. Im Rückenmark symmetrische Sclerose der Seitenstränge bis zur Lendengegend. E. glaubt, dass die Hypertrophie des Gehirns bei der frühzeitigen Verknöcherung der Nähte durch Druck zunächst Sclerose der Pyramiden verursacht hat, die dann nach unten ins Rückenmark, nach oben zum Boden des vierten Ventrikels vorangeschritten ist.

Brockhaus (Godesberg).

---

337. **Prof. S. Talma,** Utrecht, **Beiträge zur Percussionslehre.** (Zeitschrift f. klin. Med. Bd. III. Heft 1. p. 73—82.)

Talma beschäftigt sich mit der Lösung der Frage: „Können stehende Wellen in einer Luftmasse erweckt werden, welche in einer elastisch-gespannten Membran vorhanden ist?“ Da die Wand eines solchen Raumes dehnbar ist, muss der Druckwechsel innerhalb des Resonators Ausdehnung und Zusammenziehung der Wand hervorbringen und so müssten jedenfalls die stehenden Wellen in einem solchen Resonator durch die Spannung der Wand beeinflusst werden.

Talma verändert die Spannung eines elastischen Ballons, indem er mit einem Blasebalg Luft hineinpresst und controlirt die Spannung durch ein eingeschaltetes Manometer. Resultat: Der Percussionston wird nicht tiefer mit der Vergrösserung des Ballons: auch der Ton der einströmenden Luft wird nicht tiefer je nachdem der Ballon grösser wird. Daraus geht hervor, dass infolge der elastischen Spannung der Wand die Bildung stehender Wellen in der eingeschlossenen Luftmasse unmöglich ist.

Die zweite Versuchsreihe hat folgenden Sinn: Die Fortpflanzungsgeschwindigkeit des Schalles durch Gase ist ceteris paribus umgekehrt proportional der Quadratwurzel der Dichtigkeit. Verhalten sich z. B. die Dichtigkeiten zweier Gase wie 4 : 1, so ist die Schwingungszahl

des Schalls im ersten: der des zweiten Gases = 1 : 2, in dünnem Gase also eine Octave höher. Füllt man elastische Ballons, die bekannten Percussionston haben für Luftfüllung und bestimmten Druck, mit leichterem Gase bis zum selben Drucke wie vorher, so entsteht keine Veränderung des Percussionsschalles, der doch höher hätte werden müssen, wenn der Schall von Schwingungen der Gase abhängig wäre. Der Percussionsschall der benutzten Resonatoren mit elastisch-gespannten Wänden hat demnach seinen physikalischen Grund in Wandschwingungen.

Auf die Anwendung dieser Gesetze übergehend schliesst T., dass der Percussionsschall der Lunge nicht erzeugt wird durch Schwingungen der Luft in den Lungen. Er beweist diesen Satz durch Füllung der Lunge mit anderem Gase (Wasserstoff) und den Befund, dass hierdurch keine Veränderung des Percussionsschalles an der ausgeschnittenen Lunge bemerkbar wird.

T. geht nun zu der Frage über: „Wo entsteht der Schall, der bei der Percussion des normalen Thorax oberhalb einer normalen Lunge gehört wird? Rührt dieser Schall von Schwingungen des Thorax oder des Lungengewebes, oder von Schwingungen beider her." Die in dieser Richtung angestellten Versuche an der Leiche ergaben: als erste wichtige Thatsache, dass die Erscheinung der sogenannten absoluten Leberdämpfung weder von dem Drucke mit dem die Leber der Brustwand anliegt, noch von der Entfernung abhängt, in der sie von der Brustwand absteht, ja dass sogar die Leberdämpfung noch erscheint, nach Entfernung der ganzen Leber aus der Bauchhöhle; dass ferner für die Begrenzung des Lungenschalles auch die wirkliche Grenze des Lungengewebes massgebend ist; man bekommt also auch überall oberhalb der Stellen „hellen" Schall, unter denen Lungengewebe liegt, und da „dumpfen" Schall, wo die Lunge der Brustwand nicht anliegt. Durch Aufblasen der Lunge und Verschiebung ihrer Grenzen erhält man die gleiche Verschiebung des hellen Percussionsschalles. Es ist also ersichtlich, dass die Percussion der normalen Brustwand nahezu nur von Schwingungen des Lungengewebes herrührt."

Die Leber kann für sich im normalen Zustande den Thoraxschall nicht dämpfen; die Druckkraft der Leber gegen die Thoraxwand ist wenig mehr, oder nicht mehr als Null.

Ganz ähnlich verhält es sich mit der „Herzdämpfung". Dieselbe bleibt auch wenn man vom Diaphragma aus den Herzbeutel eröffnet, und den Raum zwischen Herz und Brustwand mit feuchter Watte ausstopft, sie wird kleiner je nachdem durch Aufblasen die Lungenränder vorrücken.

Es würde also besser sein, nicht mehr von „Herz- und Leberdämpfung" zu reden, wenigstens nur in dem Sinne wie: „dumpfer Schall in der Gegend der Leber und des Herzens".

Weitere Versuche ergaben, dass, wenn man vom Zwerchfell aus durch Einführung der Faust die Lungenschicht dünner macht, welche der Brustwand anliegt, dadurch auch der Percussionsschall höher und weniger laut wird, dass aber je nachdem die percutirte Lungenschicht dicker ist, der Percussionsschall tiefer und lauter ist.

Macht man vom Diaphragma aus einen Pneumothorax, so ist der Percussionsschall dumpf, wenn die Lunge der Brustwand nicht mehr

anliegt, drückt man dann die Lunge wieder an die Thoraxwand an, so wird der Schall wieder laut. Nimmt die Spannung des Lungengewebes bis zu einer gewissen Grösse ab, so wird der Percussionsschall tympanitisch.

Der Percussionsschall der Därme rührt unter normalen Verhältnissen von den Schwingungen der Luftmasse innerhalb der Därme her; werden dagegen die Därme so sehr mit Luft gefüllt, dass die Wände gespannt werden, dann bringen die durch die Spannung schwingungsfähig gewordenen Wände die Schwingungen hervor. Bei Spannung der Wände sei der Schall nicht tympanitisch und viel weniger laut, als wenn die Wände schlaff sind.

Finkler.

---

338. **Franz Riegel,** Giessen, **Zur Kenntniss von dem Verhalten des Venensystems unter normalen und pathologischen Verhältnissen.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 18.)

R. setzt in Kürze auseinander, dass sowohl Physiologen als Pathologen dem Venensystem Mangel pulsatorischer Bewegung zuschreiben und dass der Venenpuls nach bisher gültigen Lehren nur bei ungenügendem Schluss der Venenklappen entstehen könne, daher vorkomme, wenn, besonders die Halsvenen, wiederholte starke Ausdehnungen (durch häufigen Husten u. dergl.) erfahren haben, oder durch Insuff. der Tricuspidalis in denselben Zustand abnormer Ausdehnung versetzt worden seien.

Dem gegenüber erwähnt R., dass der Venenpuls beim Menschen keineswegs ein seltenes Phänomen sei und die bisher allgemein angenommene Deutung desselben mit den Thatsachen nicht im Einklang stehe; dass die Venenpulscurven von Personen, die nicht mit Klappenfehlern behaftet sind, vollkommen denen gleichen, die bei Insuff. der Tricuspidalis gewonnen werden. Schon bei Versuchen an Hunden und Kaninchen fand R. „bei geeigneter Versuchsanordnung stets pulsatorische Bewegungen in der Jugularvene“, und zwar erweitern sich Carotis und Jugularis nicht gleichzeitig, sondern alterniren in gewissem Grade.

Aber auch beim Menschen kommt echter Venenpuls bei vielen vor, die mit keiner Circulationsstörung behaftet sind, und R. hält es für wahrscheinlich, dass der Venenpuls an der Jugularis auch beim Menschen ein normales Phänomen ist.

Die graphische Untersuchung dieses normalen Venenpulses ergibt, dass derselbe fast immer anadicrot ist; und zwar entspricht die anadicrote Welle der Herzdiastole, die erste Erhebung dem Beginn der Diastole, die zweite, welche steiler ansteigt, dem Ende der Ventrikeldiastole, d. h. der Vorhofssystole. Bei geschwächter Herzkraft zeigt sich ein nur anacrotes allmähliches Ansteigen der Welle.

R. resumirt:

1) Es existirt bereits normalerweise ein Puls in der V. jugularis.
2) Dieser Venenpuls fällt entsprechend der Herzsystole ab, steigt

entsprechend der Herzdiastole an, direkt entgegengesetzt dem Verhalten des Arterienpulses; der normale Venenpuls ist negativ. Mit der Herzsystole wird demnach der Abfluss des Venenblutes in das rechte Herz jedesmal beschleunigt, mit der Diastole erfolgt Anstauung des Blutes, resp. verlangsamter Abfluss.

Schliesslich bemerkt R., dass man die gleichen Charaktere des Venenpulses, wie die oben beschriebenen, auch bei Venenstauungen (z. B. Mitralinsuff. etc.) beobachtet, dass aber bei der echten Tricuspidalinsuff. noch andere Formen des Venenpulses vorkommen, die sich von dem physiologischen nicht unwesentlich unterscheiden. Ueber diese soll in einer ausführlicheren Arbeit berichtet werden.

R.

---

339. **Eduard Bull** (Christiania), **Fragmentarische Studien über Bright'sche Krankheit, insbesondere über geschwollene, glatte, nicht-amyloïde Nieren.** (Nord. Med. Archiv, 1881. Bd. XIII, Nr. 11.)

Die Abhandlung war bestimmt den Anfang einer grösseren Arbeit über Bright'sche Nierenerkrankungen zu bilden, insbesondere über geschwollene, glatte, nicht-amyloïde Nieren, unter welcher Bezeichnung der Verf. vorläufig die Fälle von Bright'scher Krankheit zusammenfasst, die weder unter Granularatrophie noch unter Amyloiddegeneration einrangirt werden können. In seinen früheren Arbeiten hat er diese Formen weniger berücksichtigt. Verschiedene Verhältnisse verschieben bis weiter die Vollendung der Arbeit; er veröffentlicht daher schon jetzt die fertigen Abschnitte.

Erstens theilt B. eine Reihe von Untersuchungen über das Vorkommen und die Häufigkeit der Bright'schen Krankheiten in Norwegen mit. Für dergleichen Untersuchungen sind Materialien schwierig herbeizubringen und zu benutzen. In seiner früheren Arbeit hat B. gefunden, dass unter Sectionen im Reichshospitale zu Christiania die Bright'schen Erkrankungen mit einer Häufigkeit von 4,3 % (79 mal unter 1837 Sectionen) vorkamen. Wenn Prof. Bamberger am Allg. Krankenhause in Wien eine Häufigkeit von 13 % gefunden hat, so liegt der Grund dieses grossen Unterschiedes darin, dass Bamberger zur Kategorie des Morbus Brightii viele Fälle rechnet, die Bull nicht hierher rechnet, z. B. die degenerativen Processe der Nieren bei Infektionskrankheiten, die secundären Nierenaffectionen bei Herzfehlern, Emphysem und Krankheiten der Harnwege. — Die officielle Medicinalstatistik von Norwegen zeigt in den Jahren 1867—1877, dass für das ganze Land unter den Todesfällen, wo die Ursache des Todes bekannt geworden, 1½ bis 2 Procent zur Kategorie des Morbus Brightii gehören.

Die Scarlatinafälle sind nicht mitgenommen, weil der Verf. diese als epidemisch, also zufällig, einer besonderen Besprechung unterzieht. — Die Häufigkeit der Bright'schen Erkrankungen ist aber in

Wirklichkeit weit mehr als $1^1/_2$—2 Procent, weil eine grosse Menge von secundären Bright'schen Formen, besonders Amyloidnieren in den Todeslisten unter die Kategorie der primären Krankheit rubricirt sind. Bull sucht annäherungsweise die verschiedenen Fehlerquellen zu eliminiren und glaubt nach seinen Auseinandersetzungen mit grosser Wahrscheinlichkeit schliessen zu dürfen, dass die Bright'schen Krankheiten (Granuläratrophie, Amyloidnieren, und geschwollene, glatte, nicht-amyloide Nieren) in Norwegen mit einer Häufigkeit von 4—5 % unter den Todesfällen vorkommen.

In dem Gedanken, dass die Todesursachen in der Hauptstadt genauer registrirt werden, hat der Verf. ähnliche Untersuchungen für die Stadt Christiania allein vorgenommen und hat hier $2^1/_2$ % Todesfälle als zum Morb. Brightii gehörig gefunden; Scarlatina ist auch hier ausgenommen.

Die Morbilitätshäufigkeit der Bright'schen Krankheiten hat B. auch zu bestimmen versucht. In den Jahren 1867—1876 lagen auf den medicinischen Abtheilungen des Reichshospitales 6,976 Kranke, unter welchen 253 Fälle von Bright'schen Krankheiten (3,6 %). Für die ganze Bevölkerung gelten aber die Hospitalverhältnisse nicht. B. hat daher seine Privatpraxis auszunutzen versucht.

Von 1870—1879 hat er 8,187 Patienten privat behandelt, leichte und schwere Fälle; unter diesen waren 216 Scharlachkranke. Unter den übrigen 7971 Kranken wurde 78 mal ein Morb. Brightii diagnosticirt (ungefähr 1%).

Die Häufigkeit, in welcher die verschiedenen Formen von Bright'schen Krankheiten zusammen vorkommen, hat B. auch in verschiedener Weise zu bestimmen versucht. In einer früheren Arbeit fand er bei Sectionen: geschwollene, glatte, nicht-amyloide Nieren in 8,8% und Schrumpfnieren (Granuläratrophie) in 23,7 % und Amyloidnieren in 67,5 %. Auf den medicinischen Abtheilungen des Reichshospitals kommen alle 3 Formen mit beinahe derselben Häufigkeit vor. In seiner Privatpraxis fand er geschwollene, glatte, nicht-amyloide Nieren in 44 %, Schrumpfnieren in 31 % und Amyloidnieren in 25 %.

Früher hat B. nach englischem Vorbilde die Bezeichnung „weisse, geschwollene Nieren“ gebraucht, statt die hier angewandte: „geschwollene, glatte, nicht amyloide Niere“. Die Farbe (Anämie) ist eben kein wesentliches Kriterium; dass die Oberfläche glatt ist, sieht er aber als ein wesentliches Merkmal an, indem er die Existenz einer secundären Nierenschrumpfung noch nicht als über alle Zweifel erhaben ansieht; Fälle, die als sekundär geschrumpfte Nieren gelten, lassen sich häufig eben so gut als Kombinationsformen auffassen, wo eine primäre Schrumpfung mit den anderen Processen sekundär verbunden wird. Die geschwollene, glatte, nicht-amyloide Niere will er weder einseitig als „parenchymatöse“ noch „interstitielle“ Nephritis betrachten; in den meisten Fällen finden sich sowohl epitheliale als „interstitielle“ Veränderungen gleichzeitig neben einander, bald die einen, bald die anderen mehr vorherrschend, ohne dass der Kliniker ätiologisch oder symptomatisch einen Unterschied findet. Die geschwollene, glatte, nicht-amyloide Niere ist also eine Nephritis diffusa. Die Bezeichnung „nicht-amyloid“ ist wesentlich festzuhalten, weil Bartels unter seiner chronischen paren-

chymatösen Nephritis die Amyloiddegeneration nicht scharf fernhält; es resultirt daraus leicht eine Konfusion, der nur entgangen werden kann, wenn man die Lehre von Kombinationsformen konsequent durchführt.

Wenn man klinisch die Frage von der sekundären Nierenschrumpfung studiren will, thut man nach B. am besten, seinen Ausgangspunkt in der Aetiologie zu nehmen, indem man die diffuse Nephritis nach den verschiedenen Ursachen von Anfang bis zu Ende verfolgt. In dieser Absicht hat der Verf. angefangen seine Materialien zu sichten; die Vorarbeiten liegen bereit; andere Beschäftigungen nehmen ihm vorläufig die Zeit sie zusammenzustellen; er veröffentlicht daher was fertig ist, nämlich die Scharlachnephritis.

B. unterscheidet die febrile Albuminurie des Scharlachfiebers von der Scharlachnephritis. In seiner Privatpraxis hat er 216 Scharlachfälle behandelt, unter welchen 35 (16%) Nephritis bekamen. Leichte und schwere Scharlachfälle wurden von Nephritis gefolgt; unter den 35 Nephritiden folgten 13 leichten Scharlachfällen. Die Intensität der Nephritis stand in keinem Verhältniss zur Heftigkeit des Scharlachs; aus diesem Grunde, und weil öfters eine ziemlich lange Zeit hingehen kann zwischen Scharlach und Anfang der Nephritis, endlich weil diese Zeit so ausserordentlich variiren kann, findet er es minder wahrscheinlich, dass die Nephritis durch Ausscheidung specifischer Stoffe durch die Nieren entsteht. Auf der anderen Seite scheint ihm ein Refrigerium nur als eine Gelegenheitsursache gelten zu können.

Unter den 216 Scharlachfällen waren 110 bei männlichen, 106 bei weiblichen Individuen; die Nephritis fand sich 15 mal bei weiblichen, 20 mal bei männlichen Kranken. Die meisten Nephritiden kamen bei Kindern von 2—7 Jahren vor, in welchem Alter die meisten Scharlachfälle vorkommen; das jüngste Individuum mit Scharlachnephritis war 14 Monate alt, das älteste 17 ½ Jahre.

Ein junges Mädchen, 6¾ Jahr, hatte zwei Monate vor dem Scharlach eine akute Nephritis durchgemacht, wovon sie geheilt war; sie bekam nicht Scharlachnephritis.

Unter den Scharlachnephritiden des Verfassers fing die eine am 7. Krankheitstage, 1 am 8., 1 am 10., 1 am 11., 3 am Ende der 2. Woche, 17 in der 3. Woche, 5 in der 4.; in 6 Fällen liess sich der Anfang nicht bestimmen; keiner fing jedoch nach der 4. Woche an.

Wenn die Scharlachnephritis sehr frühzeitig beginnt, kann die Differentialdiagnose von der febrilen Albuminurie schwierig werden: Blut im Harne ist dann ein wesentliches Kriterium für Nephritis und fehlt, jedenfalls in geringer Menge, gewiss sehr selten; der Verf. glaubt, dass die Hämaturie mehr hervortretend ist, je mehr das interstitielle Gewebe mitleidend ist (bei allen diffusen Nephritiden, nicht blos bei scarlatinösen), und dass diese Formen vielleicht eine bessere Prognose geben. Die Intensität der Hämaturie hat keine Bedeutung für die Prognose. Die Intensität der Hämaturie und diejenige der Albuminurie sind in den Einzelfällen nicht proportional. Die diffuse Nephritis, auch nach Scharlach, kann in seltenen Fällen ohne Albuminurie sich finden; wahrscheinlich hängt dies davon ab, welche Partien der Nieren wesentlich angegriffen sind; die Albuminurie tritt um so mehr hervor, je mehr das Epithelium leidet; es darf von Bedeutung sein, ob die

Glomeruli oder die Interstitien der Harncanäle mehr der Sitz der Krankheit sind. Ein Hydrops scarlatinosus ohne Nephritis scheint nicht genügend erwiesen zu sein.

Die Scharlachnephritis giebt eine bessere Prognose als die übrigen diffusen Nephritiden; die Epidemien scheinen prognostisch different zu sein. Die Grösse der Harnmenge ist eins der wichtigsten prognostischen Zeichen; Anurie scheint beinahe immer einen tödtlichen Ausgang zu bezeichnen.

Unter den 216 Scharlachfällen starben 28 (15 männliche, 13 weibliche). Unter diesen 28 fanden sich 7 mal Nephritis (3 männliche, 4 weibliche); aber nur bei 6 war die Nephritis die Todesursache, der 7. Fall war sehr complicirt. 5 starben urämisch, 1 an Lungenödem. In einem Falle starb der Kranke erst 5 Monate nach Anfang der Nephritis.

Die übrigen 28 Scharlachnephritiden wurden geheilt, gewöhnlich in 3—6 Wochen; nur selten zog sich die Krankheit in die Länge und dauerte 3—5 Monate. In der Praxis eines Kollegen hat B. eine mehr chronische Scharlachnephritis gesehen, welcher Fall genauer beschrieben wird; die Albuminurie dauert hier mit intermittirendem Verlaufe spurenweise noch nach 2 Jahren. Scharlachnephritis soll nach Anderen noch nach 1 $^1/_2$—3 Jahren geheilt sein. In der Literatur hat B. keinen überzeugenden Fall von sekundärer Schrumpfniere nach Scharlachnephritis finden können. Er analysirt Fälle von Basham und Dickinson, welche als Beispiele angeführt werden, und versucht nachzuweisen, dass diese Fälle unmöglich in der Art sich erklären lassen. Es ist nichts im Wege, dass Leute mit Schrumpfnieren einmal Scharlachnephritis gehabt haben, aber einen Zusammenhang zwischen beiden glaubt der Verf. noch als unerwiesen betrachten zu müssen.

Bull (Christiania).

---

340. **Dr. Jaques Mayer, Ueber den Einfluss der Natronsalze auf den Eiweissumsatz im Thierkörper.** (Aus dem Laboratorium der Klinik des Herrn Geh. Rath Leyden in Berlin.) (Zeitschr. f. kl. Med. Bd. III. Heft 1. p. 82.)

Die Nothwendigkeit der Untersuchung wird hergeleitet aus dem Widerspruch der bis jetzt vorliegenden Arbeiten und der Wichtigkeit derselben für balneotherapeutische Anschauungen.

Während Voit bei Kochsalzeinfuhr Vermehrung der Stickstoffausfuhr im Causalnexus mit vermehrter Harnabsonderung findet, geben Mayer und H. Oppenheim die Steigerung des Eiweisszerfalls bei vermehrter Wasserausscheidung nicht zu.

In Seegen's Versuchen zeigte sich die Wirkung des schwefelsauren Natrons als Verminderung der Harnstoffausscheidung.

Kratschmers Befunde gegen Seegen bei einem Diabetiker werden als nicht beweisend angesehen, weil es sich hierbei um krankhafte Veränderungen des Stoffwechsels handelt.

Mayer's jetzige Untersuchung erstreckt sich auf 4 Natronsalze, essigsaures Natron und kohlensaures Natron (nach Buchheim Repräsentanten der Gruppe des Kali's, die im Körper theils freie Säuren finden, theils Salze, deren Basis sie häufig durch ihre stärkere Affinität ausscheiden), schwefelsaures und phosphorsaures Natron aus der Gruppe des Glaubersalzes, die nur geringe Affinität zu wichtigen Körperbestandtheilen und geringes Diffusionsvermögen besitzen.

Die Versuche sind angestellt an einer Hündin im N.-Gleichgewicht, die N.-Bestimmungen nach der Schneider-Seegen'schen Methode gemacht.

„Beim Gebrauch des essigsauren Natrons in grösseren Dosen wird die Zersetzung der stickstoffhaltigen Substanzen des Körpers bei vermehrter Diurese um eine sehr mässige Menge vermindert."

„Beim Gebrauch kohlensauren Natrons wird die Zersetzung eiweisshaltiger Substanzen entsprechend der dargereichten Menge desselben gesteigert."

„Beim Gebrauch schwefelsauren Natrons wird die Zersetzung der stickstoffhaltigen Substanzen des Thierkörpers um eine mässige Menge verringert und steht die Ersparniss an Eiweisssubstanz in geradem Verhältniss zur eingeführten Salzmenge."

„Das phosphorsaure Natron, in kleinen Dosen gebraucht, übt keinen bemerkenswerthen Einfluss auf den Eiweissumsatz des Thierkörpers; beim Gebrauche grösserer Dosen wird die Zersetzung der eiweissartigen Substanzen in mässigem Grade vermindert. Die Diurese wird in beiden Fällen vermehrt."

Also wirken die beiden Körper der Glaubersalzgruppe: schwefelsaures und phosphorsaures Natron vermindernd auf den Eiweissumsatz. Vermehrter Eiweissumsatz steht mit vermehrter Diurese nicht im Causalnexus.

Finkler.

---

341. **Dr. Toulouschew, Beobachtungen über dermatologische Wirkung des Chinins.** (Protokolle des ärztlichen Vereins in Tammbow. 1880.)

In Bezug der Einwirkung des Chinins auf die Haut beobachtete Toulouschew bei einigen Patienten, welche wegen Wechselfieber mit Chinin behandelt wurden und mehrere Tage hintereinander mittlere oder grosse Gaben erhielten, folgende Erscheinungen:

1) Anschwellung der Lippenschleimhaut;
2) Röthung im Gesicht;
3) Herpes labialis;
4) Anschwellung der grossen Schamlippen;
5) ferner beklagten sich einige Patienten über Jucken der Haut und der Schleimhaut der Lippen.

Krusenstern (Petersburg).

---

342. **Dr. Janiszwewsky, Beiträge zur Anwendung der Pyrogallussäure bei Hautkrankheiten.** (Medycyna 1881. Nr. 15, 16.)

Verf. hat die Pyrogallussäure (3—20 % Schmiersalbe) bei verschiedenen Hautkrankheiten, wie psoriasis, herpes tonsurans, eczema, lupus (?) etc. mit gutem Erfolge gebraucht. Der Chrysophansäure ist sie desshalb vorzuziehen, weil sie viel billiger ist, keinen schädlichen Einfluss auf die gesunde Haut ausübt und ebenso gute Resultate erzielen lässt.

Krusenstern (Petersburg).

Neue Bücher.

Fayrer, Tropical dysentery and chronic diarrhoea, liver abscess, malarial cachexia, insolation, with other forms of tropical disease, and on health of European children and others in India. London, Churchill. 15 sh.

Galisson, Essai critique sur le rhumatisme dit hémorrhagique. Paris, Davy.

Gautier, Du massage ou manipulations appliqués à la thérapeutique et à l'hygiène. Paris, J. B. Baillière et fils. 1 fr.

Girma, Hallucinations dans la paralysie générale, observations. Paris, Davy.

Guertin, D'une névrose convulsive et rhytmique, déjà nommée forme de chorée dite électrique. Paris, Davy.

Guglielmetti, Contribution à l'étude des lymphadénomes du médiastin. Paris, Davy.

Hunnius, Zur Symptomatologie der Brückenerkrankungen und über die conjugirte Deviation der Augen bei Hirnkrankheiten. Mit 6 Holzschnitten. Aus der medicinischen Abtheilung des Kölner Bürgerhospitals. Bonn, Max Cohen & Sohn. 2 M.

Jaffé, Ueber Darmresektion bei gangränösen Hernien. (Samml. klin. Vorträge 201). Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Lasson, De l'herpès circiné et de son traitement par la poudre d'araroba ou de Po-Baïa. Paris, Davy.

Legendre, Etude de la scarlatine chez les femmes en couches. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Maltrait, Contribution à l'étude des traumatismes de la vessie. Paris, J. B. Baillière et fils. 3 fr. 50 cts.

Mistral, Essai clinique sur les troubles de la menstruation. Paris, Davy.

Nicolas, Du traitement de la névralgie sciatique par l'élongation du nerf. Paris, Davy.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte. Tome trentième Ps-Rei. Paris, J. B. Baillière et fils. 10 fr.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 21. September. Nro. 24.

343. **Dr. Freudenberger** (München), **Klinik des Herrn Prof. Dr. von Ziemssen zu München im Sommersemester 1879.** (Aerztliches Intelligenz-Blatt Nr. 10 und 34. 1881.)

Fr. berichtet wie in einer Reihe von Blättern aus dem Jahre 1880, so auch in 2 Nummern dieses Jahres über eine Reihe von Krankheitsfällen, die in der medicinischen Klinik von Prof. Ziemssen zur Vorstellung kamen.

In erster Linie stehen 4 Fälle von Typhus, von denen einer mit catarrhalischer Glossitis (fast die ganze Mundhöhle durch die geschwellte Zunge ausgefüllt und Erschwerung der Deglutition und Respiration), ein zweiter mit linksseitiger Pneumonie und eitrigem Pleuraexsudat complicirt war; ein 3. Fall zeichnete sich aus durch Entwicklung von Hautpetechien auf Bauch und Extremitäten am 23. Tage der Erkrankung.

Ein 4. Fall war durch gleichzeitiges Auftreten eines exquisiten Scharlachexanthems complicirt, das leicht hämorrhagischen Charakter zeigte.

Von Interesse ist noch 1 Fall von linksseitigem hämorrhagischem Pleuraexsudat, bei dem die Diagnose schwankte zwischen Aneurysma der Aorta und hochgradigem Atherom. Die Section ergab Erweiterung der aufsteigenden Aorta und spaltförmige Verengerung der linken Carotis und Subclavia in Folge hochgradiger atheromatöser Entartung.

Zur Besprechung kommen noch 2 Fälle von Empyem, bei denen die Punction vorgenommen wurde, 1 Fall von Pneumopleuritis, 2 Fälle von acuter Pericarditis mit grossem Exsudat und schliesslich einige Fälle von Syphilis.

Seifert (Würzburg).

---

344. **H. Toussaint, Sur un procédé nouveau de vaccination du choléra des poules.** Ein neues Verfahren der Vaccination mit dem Gifte der Hühnercholera. (Compt. rend. T. XCIII. Nr. 4.)

An frühere Versuche anschliessend, nach welchen die Symptome der experimentell erzeugten acuten Septichämie mit denen der Hühnercholera identisch sein sollen, stellte Verf. folgende weitere Versuche an. Es wurden Impfungen gemacht 1) mit Milzbrandblut, 2) mit dem Blute eines Kaninchen, das in Folge der Infektion mit dem Blute einer an Tuberkulose verstorbenen Kuh rapid zu Grunde gegangen war. Kaninchen, mit dem Milzbrandblute geimpft, starben nach 7 oder 8 Stunden unter den Erscheinungen der Septichämie, und ihr Blut zeigte Bakterien, welche ganz ähnlich wie die bei der Hühnercholera vorkommenden aussahen. Tauben, welchen letzteres inoculirt wurde, starben nach wenigen Tagen; Hühner, die man mit dem Blute der kranken Tauben inficirte, starben ebenfalls in ganz kurzer Zeit, — und die bei der Sektion constatirten Laesionen dieser Hühner glichen genau den bei der Hühnercholera vorkommenden.

Impfte Verf. dagegen das Blut jener ad 2 erwähnten acut an Septichämie gestorbenen Kaninchen direkt Hühnern ein, so erhielt er nur leichte Läsionen der Haut und des Unterhautbindegewebes, mitunter auch der Muskeln, alle Hühner wurden wieder ganz gesund und, was die Hauptsache ist, wurden immun gegen Choleragift. Aus jener Varietät der Septichämie des Kaninchens liess sich also eine Choleravaccine herstellen, welche die schwere Infection der Hühner vorzüglich verhindert.

Verf. hält es für möglich, dass die Hühnercholera in einer Infektion der Thiere mit faulenden organischen Stoffen ihren Ursprung hat.

Lüderitz (Jena).

---

345. **V. Galtier, Les injections de virus rabique dans le torrent circulatoire ne provoquent pas l'éclosion de la rage et semblent conférer l'immunité. La rage peut être transmise par l'ingestion de la matière rabique.** Ueber Impfung mit Hundswuthgift. (Compt. rend. T. XCIII. Nr. 5.)

Hammel, welche auf die gewöhnliche Weise der Impfung, durch Stich in die Haut, mit Hundswuthgift (Speichel) inficirt worden waren, bekamen Lyssa und starben. Bei Injektion des Giftes in die Vena jugularis dagegen sah G. niemals die Krankheit auftreten; und ausserdem ergab sich die interessante Thatsache, dass solche Thiere, wenn sie später nach der erwähnten gewöhnlichen Methode geimpft wurden, nicht mehr an Lyssa erkrankten. Zum Beweis werden eine Reihe von Versuchen ausführlicher mitgetheilt.

Weitere Untersuchungen des Verfassers, speciell über die Frage, ob die intravenöse Injection des Wuthgiftes, wenn sie einige Tage nach einem Biss oder nach gewöhnlicher Impfung ausgeführt wird, den Ausbruch der Krankheit verhütet, sind noch nicht abgeschlossen.

Lüderitz (Jena).

---

346. **A. Wernich, Ueber die jüngste Dengue-Epidemie.** (Deutsche medic. Wochenschr. 1881. Nr. 21.)

Dr. Rabitsch berichtete in Nr. 51 der Wiener med. Wochenschr. 1880 über eine in unerhörter Weise in Cairo grassirende Epidemie. Dieselbe war das Denguefieber. „Durch plötzliches Erkranken unter Frost und Hitze, Kopfschmerz, ganz besonders aber durch die überaus heftigen Muskel- und Gelenkschmerzen und durch ein unbeschreibliches Prostrationsgefühl jedem Uneingeweihten als höchst ernste Krankheit imponirend, ist die Dengue trotzdem wohl die einzige acute Infektionskrankheit ohne Mortalität." (Dengue portugiesisch entspricht dem englischen Dandy.) Epidemien sind besonders in Nordamerika vorgekommen, 1780 in Philadelphia, 1818 in Lima etc., in Brasilien mehrmals als Vorläufer des Gelbfiebers. Letzte Epidemie 1880 in Charleston. Auf diesseitiger Hemisphäre waren Epidemien 1824—25 in Indien, dann China, 1855 in Nordafrika. In Ismaïlia soll 1877 die Zahl der Erkrankten bei 2000 Einwohnern 1800 betragen haben. 1880 im August begann er in Cairo, Damaskus und Alexandrien. Man berichtet, dass 95 % der Gesammtbevölkerung erkrankt seien. Zu den obigen Anfangssymptomen gesellt sich oft ein flüchtiges Exanthem, bald Scharlach, bald Urticaria oder Masern ähnlich — das Fieber kann 41° Temp. und 120 Pulse erreichen, nach dem Exanthem trügerische Erleichterung, dann Zunahme der Schmerzen, Schwellung der Tonsillen, Parotis, Lymphdrüsen, nach abermals 3 Tagen rascher Abfall, Abschuppung, Verschwinden der Drüsenschwellung manchmal über Nacht. Danach grosse

Mattigkeit mit Schmerzen in den kleinen Gelenken oft noch mehrere Wochen. Ueber die pathologische Anatomie giebt es Nichts, einzelne Organe scheinen nicht afficirt zu sein; wahrscheinlich ist die Krankheit nicht contagiös; die Therapie verständiger Aerzte ist expectativ.

R.

---

347. **Durand-Fardel, L'arthrite noueuse et sa pathogénie.** (L'Union médicale. Nr. 118.)

Verf. berichtet über einen Fall von Arthritis nodosa bei einem kaum 2 Jahr alten Kinde von scrophulöser Constitution. Nach einem zweimaligen Anfall von subacutem Gelenkrheumatismus, der die Knie-, Hand- und Fussgelenke ergriffen hatte, bildeten sich sowohl an diesen als auch an den Finger- und Zehengelenken die charakteristischen Veränderungen der Arthritis nodosa mit den consecutiven Verkrümmungen und der Atrophie der entsprechenden Muskeln aus. Acht Monate hindurch wurden die verschiedensten Mittel ohne jeden Erfolg versucht, nur bei der Darreichung entsprechender Dosen von Arsenik zeigte sich vorübergehend eine geringe Besserung. Dann wurde die Electricität in Anwendung gezogen und zwar wurden in täglichen Sitzungen von 10 Minuten Dauer die erkrankten Gelenke galvanisirt, die atrophischen Muskeln faradisirt. Nach jeder Sitzung methodische Massage. Diese Medication hatte so guten Erfolg, dass nach Verlauf von ca. 7 Monaten das Kind als vollständig geheilt aus der Behandlung entlassen werden konnte; Recidive traten während der folgenden 2½ Jahre nicht ein. Der Fall ist bemerkenswerth durch das jugendliche Alter des Betroffenen und die gute Wirkung der Electricität. Letztere wird nach Verf. nur erzielt bei langer Dauer der Application und bei nicht veralteten Fällen.

Brockhaus (Godesberg).

---

348. **Dr. Max Burkhardt,** Oberstabsarzt in Berlin, **Ueber den Einfluss, den römische und russische Bäder, so wie örtlich begrenzte Bäder in heisser Luft auf die Körperwärme haben.** (Deutsche med. Wochenschr. 1881. Nr. 21.)

Nach mehrfachen Beobachtungen scheint es, dass in einem gewöhnlichen römischen Bade die Körperwärme nur um etwa 0,3 steigt. Desshalb versuchte B., der die Syphilis nach v. Bärensprung mit der Schwitzkur rascher und sicherer als mit Hg heilen sah, die russischen Bäder, welche höhere Temperatur erzeugen; die höhere Temperatur aber könnte ja das Wirksame bei der Zerstörung des syphilitischen Giftes sein. Die Ergebnisse waren dieser Vermuthung nicht günstig. Die Körperwärme steigt bei einem russischen Bade von halbstündiger Dauer um 3—4,3°, fällt zuerst nach dem Bade rasch, dann

langsamer, so dass sie noch 30—40 Min. nachher 2° über der Norm ist, und diese erst nach ca. 2 Stunden erreicht. Es liegt dies an der im russischen Bade fehlenden Verdunstung des Schweisses.

B. referirt dann über lokale heisse Luftbäder nach Erfurth in Feldberg, welche in Blechkästen mit Doppelwänden, zwischen welche heisse Dämpfe strömen, genommen werden. Ein Arm oder Bein 35 Min. in 81—85° C. gehalten, steigerte die Mundhöhlentemperatur von 37,5 auf 38°, den Puls von 74 auf 88, erst nach ½ Stunde war die Temp. 37,5, Puls 80. Bei Aufenthalt des ganzen Körpers mit Ausschluss des Kopfes im Apparat stieg die Temp. der Mundhöhle entsprechend der Höhe der Luftwärme im Kasten und der Dauer des Versuchs, bis 39,3 bei 62—75° Badeluft und 25 Min. Aufenthalt, der Puls von 79 auf 100, die Athmung von 18 auf 20 — zuletzt stellt sich Angstgefühl ein. Nach einer Begiessuug mit Wasser von 18° und kalter Abwaschung stand die Temp. 10 Min. nachher auf 38°, nach 30—40 Min. auf 39,5°, der Puls erst nach 1 Stunde auf 74.

R.

---

349. **Rousseau, De la flèvre intermittente d'origine émotive.** Intermittirendes Fieber hervorgerufen durch Gemüthsbewegung. (L'Union médicale. Nr. 120.)

R. beobachtete bei einer aus vollkommen intermittensfreier Gegend stammenden, körperlich gesunden Frau von 45 J., die wegen maniakalischer Aufregung in Anstaltspflege hatte übergeführt werden müssen, nach einem Zornausbruch eine Reihe von Fieberanfällen mit ausgeprägtem Frost-, Hitze- und Schweissstadium und vollständig freien Intermissionen; unter Chiningebrauch trat Besserung ein. Aus der Litteratur citirt er zwei ähnliche Fälle; in dem einen bewirkte Chinin ebenfalls Heilung, der andere widerstand allen antifebrilen Mitteln und verschwanden die Fieberanfälle erst nach einer Gemüthserregung, derjenigen ähnlich, durch welche sie verursacht waren.

Brockhaus (Godesberg).

---

350. **Dr. L. Homburger,** Assistenzarzt der medic. Klinik in Strassburg, **Ueber die Gubler-Robin'sche renale Form des Typhus abdom.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 20—22.)

Die Punkte, auf welche Verf. in dieser Studie hinweisen wollte, sind:

1) Die Diagnose mancher Fälle von Abdominaltyphus kann erschwert werden durch das Vorherrschen nephritischer Symptome. Dies ist besonders dann der Fall, wenn dieselben schon in den ersten Tagen der Erkrankung auftreten.

2) Fälle von Typhus mit vorherrschenden nephritischen Sym-

ptomen haben Gubler und Robin als renale Form des Typhus unterschieden. Sicherlich können manchmal die nephritischen Symptome bei einem Typhus eine so bedeutende Rolle spielen, dass der Arzt bei der Stellung der Diagnose und bei Einleitung einer Behandlung in Verlegenheit versetzt werden kann, wenn er nicht mit dem Vorkommen eines solchen Krankheitsbildes schon bekannt ist; darum ist die Beschreibung einer renalen Form vom rein praktischen Standpunkt entschieden zu billigen. Eine renale Form des Typhus aber in so dogmatischer Weise abzugrenzen, wie dies zuletzt Amat versucht hat, ist nicht zu billigen. Denn keine einzige der in den Nieren gefundenen Veränderungen ist charakteristisch für den Typhus, und auch der Grundgedanke der Amat'schen Arbeit, dass der Typhus sich überwiegend in den Nieren zu lokalisiren vermöge, ist erst noch zu erweisen.

3) Die anatomischen Veränderungen der Nieren bei diesem renalen Typhus sind zweifelsohne mitunter wirklich nephritischer Natur und es steht jetzt schon so viel fest, dass die Nephritis hierbei ebensowohl interstitiell als parenchymatös sein kann. Aus unserm 3. Falle erhellt aber auch, dass der renalen Form nicht immer entzündliche Veränderungen in den Nieren zu Grunde liegen. Es scheint sich in manchen Fällen nur um den renalen Symptomencomplex zu handeln, wie er bei manchen fieberhaften Infektionskrankheiten häufig auftritt und bisweilen rasch wieder verschwindet, ohne dass man das materielle Substrat desselben zur Zeit kennt.

4) Das ausgesprochene Bild einer Nephritis, wie es gewisse Infektionskrankheiten, am häufigsten der Scharlach, mit sich bringen, ist im Verlauf eines Typhus nur sehr selten zu beobachten.

Diese Sätze resultiren theils aus der Mittheilung der Beobachtungsresultate früherer Arbeiten, sowohl in anatomischer als klinischer Beziehung, theils aus den ausführlich mitgetheilten Geschichten dreier auf der Strassburger Klinik 1879/80 beobachteten Fälle.

1. Fall. Sehr kräftiger Mann. 26. Decbr. 1879 Kopfschmerz und Mattigkeit, nach mehreren Tagen mehrmals Frost mit nachfolgender Hitze und Schweiss. Urin stets dunkel. Stuhl regelmässig. 10. Jan. in der Klinik Temp. 39,6°, Puls 90, Respir. 20. Zunge stark belegt. R. u. L. H. U. kleinbl. Rasseln. Milzdämpfung handgross. Urin trübe, schmutzigbraun, eiweisshaltig, im Sediment hyaline Cylinder mit Blutkörperchen bedeckt, vereinzelte Epithelien, rothe Blutkörperchen und Lymphzellen, keine Roseola. 11. Jan. Miliaria crystallina, Urin 700 ctm, schmutzigbraun, eiweisshaltig, Verstopfung. Temp. 39,3—40,1, Puls gespannt 94. Laxans. Am 13. Jan. Zunahme der Harnmenge auf 1000 ctm, Puls dicrot 88, kein Albumen mehr, Milztumor wächst; Temp. bleibt 39,2—40,2 bis zum 18. Jan., dann bei Gebrauch von Chinin und kühlen Bädern allmählicher Abfall, Urinmenge bis 3800 ccm ohne Eiweiss. Hieran schliesst sich eine leichte Pneumonie R. H. U.; im Februar noch Thrombose der linken V. cruralis. Entlassung am 3. Mai.

2. Fall. Grosser, mässig kräftiger, magerer, 48jähr. Mann. 5. Jan. Schüttelfrost, Hitze, Kopfschmerz, Husten mit unblutigem Auswurf, Stiche in beiden Seiten sowie in der Nierengegend, Durst, Appetitlosigkeit. Aufnahme 8. Jan. Temp. 39,5, Puls 96, stark gespannt,

Respir. 35, Zunge belegt; R. H. U. Dämpfung und Crepitation bis zur Scapula, Sputa schleimig eitrig; Druckschmerz in den Nierengegenden; Verstopfung. 9. Jan. Stuhl auf Clysma, Harn 500 ccm, 1025 spec. G. enthält Urate, hyaline und wenige Epithelcylinder; wenig rothe und viele weisse Blutkörperchen, Epithel, Detritus, sehr viel Eiweiss. Temp. 39,4—40,3, Puls 100, stark gespannt. Am 12. Jan. Milztumor, Abnahme der Albuminurie, 800 ccm, 1022 spec. Gew., Stuhl durch Abführmittel. 17. Jan. Nach 1,5 Chin. war Temp. 38,5, Urin 1000 ccm, 1009 spec. Gew. ohne Sediment, wenig Eiweiss; 3 dünne gelbe Stühle, Sensorium seit dem 13. Jan. benommen. Harnmenge nimmt weiter zu, Eiweiss verschwindet, Stühle werden häufiger, „echt typhös". Geheilt entlassen am 24. Febr.

3. Fall. 24jähr. kräftiger, wohlgenährter Mann; 18. April Kopfschmerz. 21. April Schwindel, Hitze. 24. April, Temp. 40,3, Puls 90, Respir. 20, Kopfschmerz. „An Stelle des 1. Herzspitzenstosses ein holperndes Geräusch", Zunge belegt. Leib etwas aufgetrieben. Milzdämpfung kartenblattgross, Urin 1027 spec. Gew., eiweisshaltig, 500 ccm, dünne, längere, z. Th. mit Epitheltrümmern bedeckte, auch spärliche, kurze, dicke, getrübte und hyaline Cylinder darin, wenig weisse Blutkörperchen. Das Albumen nimmt in den nächsten Tagen ab, während das Harnquantum gering (bis 400 ccm) bleibt, Cylinder fallen; Stuhlverstopfung besteht fort. 5. Mai, Milzdämpfung nimmt zu, ein dünner, gelber Stuhl, Temp. 39,6—40,6; systol. Geräusch verschwunden. Urinmenge hatte zugenommen, Albuminurie war verschwunden, am 7. Mai aber wieder reichlich da, bei 4—500 ccm Harn von 1024 spec. Gew. Am 8. Mai charakteristische Typhusstühle, am 9. war das Herzgeräusch wieder da, Temp. 39,9—41, grosse Unruhe, viel dünne Stühle, viel Rasseln, Respir. 40—60, Dyspnoe. 12. Mai: Urin 1017 spec. Gew., enthält Albumen und zahlreiche schmale hyaline Cylinder, z. Th. mit feinen Körnchen besetzt, auch bräunlich granulirte Cylinder und weisse Blutkörperchen. Tod Mittags.

Sektion (von Recklinghausen): „In beiden Lungen Atelectese und beginnende Bronchopneumonie, Hepatisation. Milz vergrössert, darin zwei abgekapselte Abscesse. Im Ileum Ulcera mit unbedeutenden Defekten, markige Infiltr. einiger Follikel im Dickdarm. Nieren wenig alterirt, rechts spärliche Ecchymosen, Papillen blass, trübe Flüssigkeit entleerend, geringe Trübung der gewundenen Harnkanälchen; mikroskopisch nirgends Zeichen einer Entzündung, auch die Epithelien intact."

R.

---

351. **Blondeau, Accidents cérébraux déterminés par la Belladone administrée à hautes doses dans le traitement d'un rhumatisme articulaire.** Gehirnerscheinungen hervorgerufen durch Darreichung von grossen Dosen Belladonna bei Gelenkrheumatismus. (L'Union médicale Nr. 119.)

Der Fall betrifft eine 25 jähr. Frau, welche an einem über alle Gelenke verbreiteten acuten Rheumatismus mit hohem Fieber und Herz-

affection erkrankt war. Chinin und nachher Veratrin war ohne Erfolg gegeben worden. Die Dosis des darauf angewandten Extr. Belladonnae betrug 0,05 auf einmal genommen und wurde allmählich auf 0,4 pro die gesteigert. Nach Verlauf von 20 Tagen trat Besserung ein; die Dosis wurde auf 0,3 pro die herabgesetzt und nach einigen Tagen, als die Schmerzen und das Fieber vollständig geschwunden waren, das Mittel ganz ausgesetzt. Am nächsten Tage machte sich bei der Patientin trübe Gemüthsstimmung mit Neigung zum Weinen bemerkbar, die sich allmählig zu ausgesprochener Melancholie steigerte. In der Idee, dass vielleicht das plötzliche Aussetzen des Mittels Schuld an der geistigen Störung sei — ähnlich wie zuweilen bei Gewohnheitssäufern durch plötzliche Entziehung des Alkohols der Eintritt des Delirium beschleunigt wird — wurde aufs neue 0,15 Extr. Belladonnae gereicht und diese Dosis allmählig verringert. Nach kurzer Zeit konnte die Kranke als geheilt entlassen werden. Nach Trousseau, der das Mittel in noch 3 andern Fällen von acutem Gelenkrheumatismus mit Erfolg angewandt hat, soll dasselbe bis zum Eintritt von Gehirnerscheinungen gegeben werden. Letztere bestehen meist, wie im vorliegenden Fall, in melancholischen, zuweilen auch in erotischen Delirien.

Brockhaus (Godesberg).

---

352. **Dr. L. Löwenfeld** (Aerztl. Dirigent der Privat-Heilanstalt Maxbrunn in München), **Ueber die Behandlung von Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten vermittelst des Induktionsstromes.**

L. ist der Ansicht, dass der Induktionsstrom mit Unrecht zu sehr gegen den galvanischen bei der Behandlung centraler Erkrankungen zurückgetreten sei, aber sicherlich bald wieder mehr Anhänger gewinnen werde. Als Methoden der früheren und jetzigen Faradisation nennt man die periphere Reizung (kutane Reizung mittelst des faradischen Pinsels, Reizung der Nervenstämme und Muskeln), die Faradisation des Kopfes, längs der Wirbelsäule und die verschiedenen Formen allgemeiner Faradisation. Geschichtlich erwähnt L. der Faradisation bei Chorea, Anaesthesia dolorosa, Impotenz, bei Hemianästhesien in Folge cerebraler Heerdläsionen und hysterischen Hemianästhesien mit gutem Erfolg, ebenso bei psychischen Depressionszuständen. Für diese Wirkung findet L. einen Anhalt in den experimentellen Beobachtungen, dass Reizungen der Haut mit starken Induktionsströmen Erweiterung oder Verengerung der Pia-Arterien hervorrufen und dass nach Erb bei Applikation inducirter, wie galvanischer Ströme „am Kopfe Stromschleifen in das Gehirn dringen; daher die günstige Wirkung bei Neuralgien des Kopfes, Migräne, Schlaflosigkeit, namentlich Anämischer und Neurasthenischer. L. empfiehlt ferner die Faradisation des Rückenmarks, wenn Störungen in den Verrichtungen umschriebener Rückenmarksparthien vorliegen und bei rein funktionellen Störungen desselben. Die Annahme, dass der faradische Strom keine hinreichend starke katalytische und genügend tiefe Wirkung ausübe, bezeichnet L. als unerwiesen und unhaltbar.

Die allgemeine Elektrisation fand Anwendung bei Impotenz, allgemeiner Schwäche, Chorea, Epilepsie, Eklampsie, Hysterie. Die übliche Methode ist die von Beard und Rockwell. (Ein Pol in grosser Oberfläche an eine Körperstelle (beide Fusssohlen oder Gesäss) applicirt, mit dem andern werden Kopf, Rumpf und Extremitäten bestrichen). Bisher sind in Deutschland nur 1 Fall von Möbius, 2 Fälle von Engelhorn nach dieser Methode behandelt, veröffentlicht worden. L. fügt 2 weitere Fälle hinzu mit folgendem Erfolg:

1. Besserung des Schlafes.
2. Verringerung, resp. Beseitigung sowohl lokaler als weit ausgebreiteter Reiz- und Schwächezustände im centralen Nervensystem.
3. Erhöhung des Appetits und Regulirung der Darmfunktionen.
4. Als Resultante dieser Wirkungen Erhöhung der motorischen und intellektuellen Leistungsfähigkeit und Beseitigung vorhandener psychischer Depressionszustände (Lebensüberdruss). L. hält für das wichtigste Moment bei der allgemeinen Faradisation die Modificirung der Ernährungs- und Erregbarkeitsverhältnisse des Gehirns und Rückenmarks durch die direkte Einwirkung auf diese Theile und dann durch die an der Peripherie des Körpers gesetzten Erregungsvorgänge, welche nach dem Centrum sich fortpflanzen.

Oebeke (Endenich).

---

353. **B. Küssner,** Docent in Halle, **Ueber primäre Tuberkulose des Gaumens.** (Deutsche medic. Wochenschr. 1881. Nr. 20. 21.)

Im Verlaufe von kaum 3 Jahren sah Verf. 5 Fälle „primärer Tuberkulose des Gaumens", die er einzeln mittheilt. Diese Formen sind nicht so selten, als man früher glaubte. (B. Fränkel, Berl. klin. Wochenschr. 1876; Isambert.)

1. Fall. 40jähr. Maurermeister, vor 20 Jahren einfaches Ulc. penis ohne secundäre Erscheinungen, seit 2 Jahren angegriffen, abgemagert, mit hartnäckigen Hals- und Lungenkatarrhen behaftet; in den Lungen nichts Abnormes zu finden. Gegenwärtig anginöse Beschwerden; es besteht ein kleines Ulcus, „mässig flach, Grund gelblich-fetzig, Ränder nicht sehr scharf; in der allernächsten Umgebung ein paar feine gelbliche Pünktchen in der Schleimhaut". Energische Aetzung mit Lapis mehrmals wiederholt. Inzwischen auf Verlangen des Kranken antisyphilitisch mit Jodkali und Subliment ohne allen Erfolg behandelt —, durch Fortsetzung lokaler Behandlung nach mehreren Wochen heilt der Ulcus.

2. Fall. 35jähr. kräftiger Arbeiter, stets gesund. Seit einigen Tagen Schmerzen im Munde beim Kauen und Schlucken. Links am weichen und harten Gaumen „einzeln stehende, miliare, gelblich-weisse Knötchen in der Schleimhaut, mit injicirter Umgebung. Lungen etc. durchaus normal". „Es war das klassische Bild einer frischen Tuberkel-Eruption". Schon nach 2—3 Tagen war eine etwa thalergrosse flache Ulceration daraus entstanden, die Knötchen kaum noch zu er-

kennen. „Dreimalige Aetzung mit Arg. nitr. führte völlige Heilung herbei".

3. Fall. 56jähr. Mann, etwas mager aber sonst gesund; seit ca. einem Jahre Empfindlichkeit im Schlunde, Beschwerden beim Essen und Sprechen. Die hintere, grössere Hälfte des Daches der Mundhöhle in eine höckerige Ulceration verwandelt, rosa, glanzlos, ohne Belag, Gaumensegel und Uvula in gleicher Weise verändert; keine Drüsenschwellung an Kopf und Hals. Lungen „völlig frei, auch von Lues keine Spur". „Aetzungen mit Acid. nitr. fum., Argent. nitr. etc. hatten keinen Erfolg". Nach achtwöchentlichem Aufenthalt auf der Klinik unverändert entlassen; „soll im nächsten Jahre an Schwindsucht gestorben sein".

4. Fall. 34jähr. Mann, seit einigen Wochen allmählich sich steigernde Schmerzen beim Schlucken und Sprechen; Patient nimmt nur noch kleine Mengen flüssiger Nahrung, kam sehr herunter. Aufnahme in die Klinik. Weicher Gaumen, Uvula, beide Tonsillen stark geschwellt und ähnlich wie in Fall 3 verändert. An den Rändern der zerstörten Partien miliare Tuberkelknötchen sichtbar. „Andauernd unregelmässiges Fieber, Schweisse, Dyspnoe, Benommenheit, Tuberkel der Chorioidea etc.", nach 14 Tagen tödtlicher Ausgang. „Die Sektion ergab das klassische Bild der allgemeinen Miliar-Tuberkulose; ein älterer Käseheerd war nirgends vorhanden."

5. Fall. 43jähr. Mann, vor 20 Jahren Ulc. indurat. mit sekundären Erscheinungen; im übrigen gesund, kräftig. Seit Herbst 1880 anginöse Beschwerden, ärztliche Hülfe im Januar 1881. An der rechten Seite des Gaumensegels und an der Uvula Substanzverluste. Ränder unregelmässig, scharf, steil, nur stellenweise geröthet, Grund mit grau-gelblichem Detritus belegt, daraus knopfförmige, röthliche Granulationen und feinere Excrescenzen, spitzen Condylomen ähnlich, hervorragen; in den Rändern einzelne miliare, gelblich-weisse Knötchen, umgeben von lebhafter Injektion. An den Lungen und übrigen inneren Organen pathologische Veränderungen nicht nachweisbar. Spuren alter Lues nicht aufzufinden. Wegen der nicht ganz rein tuberkulösen Form wurde Jodkali gegeben, mit Jodglycerin gepinselt. Dabei liessen die subject. Beschwerden nach, die Ulceration schritt unaufhaltsam weiter. Bei Anwendung starker Aetzung mit Arg. nitr. und dem Paquelin'schen Brenner, dessen Applikation dem Patienten weit weniger schmerzhaft war, als der Höllenstein, trat etwas Reinigung und stellenweise Vernarbung der Geschwüre ein, grösstentheils aber ging der Process weiter; Mitte März an der oberen Fläche der Epiglottis Tuberkelknötchen, später Fehlschlucken. In den Lungen diffuser Katarrh. Am 21. April erfolgte zu Hause der Tod. Die Sektion ergab ausgebreitete Tuberkulose der Lungen und des Kehlkopfes, Cavernen bis reichlich wallnussgross.

Verf. betont als entscheidend für die Differentialdiagnose gegenüber syphilitischer Geschwüre das Vorhandensein von Miliartuberkeln, welche kaum jemals vermisst werden. Natürlich können auch beide Formen gleichzeitig vorhanden sein. Die Gaumentuberkulose ist nicht immer progressiv, es kommen Stillstände und Heilungen vor. „Die

leichte Heilbarkeit ähnlicher Affectionen beweist durchaus Nichts gegen Tuberkulose.“ Im Allgemeinen aber stellt die Tuberkulose der Gaumen- und Rachengebilde ein sehr bedenkliches Leiden dar — durch die vorbeipassirenden Bissen und den inspiratorischen Luftstrom können ihre Infectionsstoffe in den Verdauungs- und Athmungsapparat getragen werden.

Die Therapie der primären Fälle muss eine active sein. Ist die Erkrankung nicht zu diffus, sind starke Aetzungen mit Arg. nitr., dem Galvanocauter oder dem Paquelin'schen Brenner dringend indicirt. Selbst bei sekundären Formen können sie die peinlichen Schmerzen bessern oder beseitigen. Von Morphium örtlich sah Verf. keinen Erfolg, von Bromkali Schaden, es steigerte die Schmerzen. Am meisten empfehlen sich Bepinselungen mit 4—5 procent. Carbolglycerin, der anfängliche Schmerz lässt bald nach, und es folgt längere Erleichterung. Verf. wendet diese Lösung auch bei chron. Rachenkatarrhen mit Vortheil an.

Ueber die Aetiologie der primären Rachentuberkulose lässt sich noch nichts Befriedigendes sagen. Verf. stimmt für die Tuberkulose überhaupt dem Satz Cohnheims bei: „Zur Tuberkulose gehört Alles, durch dessen Uebertragung auf geeignete Versuchsthiere Tuberkulose hervorgerufen wird, und Nichts, dessen Uebertragung unwirksam ist“.

R.

---

354. **Fr. Th. Frerichs**, Berlin, **Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Eiweiss und Zucker im Harn.** (Deutsche med. Wochenschr. 1881. Nr. 21.)

Fr. unterscheidet 3 Arten dieser Secretions-Anomalie:

1) bei Glycosurie,
2) bei Diabetes mellitus,
3) bei Chylurie.

ad 1) d. h. wo kleinere Zuckermengen kürzere oder längere Zeit ausgeschieden werden, ohne erheblichen Nachtheil auf die Ernährung, kam Albumen unter 30 Fällen 14 mal vor; es waren dies theils acute, theils chronische Hirnkrankheiten, 3 geborstene Hirnaneurysmen, 4 grosse Apoplex., 2 eitrige Mening., 1 Mening. basilar.; bei den chronischen Fällen fand sich im weiteren Verlauf Parese des Facialis, zu Obductionen kam es nicht. Der Zuckergehalt betrug bis 2 %, Eiweiss- und Zuckergehalt wechselten, Harnabsonderung manchmal vermindert, manchmal vermehrt. Fr. sucht die Quelle der Zucker- und Eiweissausscheidung in der Glycosurie in Läsionen des 4. Ventrikels.

ad 2) Die Angaben über die Häufigkeit der Nephritis bei Diabetes mellitus bei andern Beobachtern, kann Fr. nicht bestätigen. In 316 Fällen von Diabet. mell., die z. Th. 10—16 Jahre beobachtet wurden, fanden sich nur 16 Nephritis = 5 %. Davon 6 mit Arterio-

sclerose, 3 mit Phthisis pulm., 2 mit Cystitis, 2 mit Arteriitis mit Nierensteinen, also nur 3 ohne mitwirkende Ursache. Bei 50 Obductionen war nur selten wahre Nephritis, entweder parenchymatös oder Schrumpfungsnieren; auch die Epithelveränderungen (Ebstein, Deutsch. Arch. Bd. 28) scheinen Albuminurie nicht zu bedingen.

ad 3) Wie bei Chylurie Zucker oder Eiweiss in den Harn kommt, ist eine noch ungelöste Frage. Entzieht man den Kranken das Fett aus der Nahrung, so schwindet es auch im Harn und umgekehrt (Brieger).

R.

---

355. **Dr. Korn**, Berlin, **Das Chloralhydrat in der Lokalbehandlung der Diphtherie.** (Deutsche med. Wochenschr. 1881. Nr. 22.)

„Die lokale Behandlung der Diphtheritis hat die Aufgabe, den Schmerz und die Schlingbeschwerden zu mildern, den Krankheitsprocess auf seinen ursprünglichen Sitz zu beschränken, die Lösung der Auflagerungen zu befördern, und den Eintritt der septischen Zersetzung der Krankheitsprodukte vor ihrer Lösung und Abstossung und einer dadurch entstehenden allgemeinen Intoxication zu verhüten."

Dr. K. hat in einer 8—9jährigen Erfahrung eine 15—30procentige Lösung von Chloralhydrat in Glycerin zur Erfüllung jener Indicationen erprobt und dieselbe mit weichen Pinseln oder mit leinwandumhüllten Stäbchen durchschnittlich 2stündlich aufgetragen.

Diese Erfahrungen finden in den Erfolgen ihre Analogie, welche Curci durch Chloralhydrat per os et anum in einer Ruhrepidemie erzielte und ihre Erklärung in den Versuchen von Dujardin und Dimitriew, aus welchen die stark antiseptischen Wirkungen 1—2procent. Chloralhydratlösungen erhellen und der Beweis geliefert ist, dass dieselben auf fauligen Geschwüren befindliche Coccencolonieen zu zerstören und eine raschere Granulationsbildung herbeizuführen im Stande sind.

R.

---

356. **Rothe** (Altenburg), **Behandlung der Diphtherie mit Quecksilbercyanid.** (Deutsche medicinische Wochenschrift. Jahrg. 1881. Nr. 34.)

Verf. berichtet über 28 nach dem Vorgange von Erichsen mit Quecksilbercyanid behandelte Fälle; die meisten Fälle betrafen Kinder, bei allen war die Diagnose durch das Vorhandensein des charakteristischen Belages des Schlundes ausser Zweifel, die sogenannte „katarrhalische Form" der Unsicherheit der Diagnose wegen ausgeschlossen.

Bei allen wurde das gleiche Verfahren eingehalten, kalte stündlich zu wechselnde Priesnitz'sche Umschläge, 3 mal täglich rasche Ueberpinselung mit der „lotio antidiphtheritica" (1 p. Carbolsäure, 1 p. spir. vini, 1 p. Jodtinctur, 5 pp. Glycerin) und innerlich Cyanquecksilber nach folgender Formel:

Hydrarg. cyanat. 0,01
aq. destillat. 120,0
tinct. aconiti 1,0
MDS. stündlich einen Esslöffel.

für Kinder unter 10 Jahren:

Hydrarg. cyanat. 0,01
aq. destillat. 60,0
tinct. aconiti 0,5—1,2
MDS. stündlich einen Theelöffel.

Bei hohem Fieber wurden noch hydropatische Einwicklungen des ganzen Körpers gemacht.

Unter dieser Behandlung zeigte sich in allen Fällen ein baldiger Stillstand des örtlichen Processes unter Rückgang des Fiebers in der Weise, dass keine weitere Ausbreitung des oft sehr dicken Belages, namentlich nie ein tieferes Absteigen in den Larynx, selbst in einem Falle, wo schon Aphonie und bellender Husten vorhanden war, beobachtet wurde. Die Krankheitsdauer betrug 4—22 Tage. Salivation wurde nicht beobachtet. Die Aconittinctur wurde zur Bekämpfung des Fiebers, besonders der fast durchgängig hohen Pulsfrequens hinzugefügt.

Kohts (Strassburg).

---

357. **Pfeiffer** (Wiesbaden), **Lactin und Paulke's Milchsalz.** (Berl. klinische Wochenschrift. Jahrg. 1881. Nr. 35.)

Bekanntlich sind jüngster Zeit 2 Präparate, Lactin von Grob und Kunz aus der Milchproductenfabrik Wattwyl in der Schweiz, und das Milchsalz von Apotheker Paulke in Leipzig auf den Markt gekommen, deren Bestimmung es sein soll, die Kuhmilch auf chemischem Wege der Muttermilch möglichst ähnlich zu machen. Nach dem Prospect beider Fabrikate soll die Milch leichter verdaulich werden und annähernd die Zusammensetzung der Frauenmilch bekommen. Als Verf. deshalb Lactinmilch, Milchsalzmilch, Kuhmilch mit Wasser, Kuhmilch mit Gerstenschleim, natürlich immer in demselben Verhältniss, auf ihr Verhalten gegen Pepsinsalzsäurelösung (künstlichen Magensaft) oder gegen concentrirte Salzsäure prüfte, so zeigte sich in allen Fällen ein dicker käsiger Niederschlag. In der Mischung von Kuhmilch mit Gerstenschleim schien der Niederschlag am lockersten. Frauenmilch wurde weder durch Pepsinsalzsäurelösung noch durch concentrirte Salzsäure verändert.

Verfasser, welcher annimmt, dass Lactin und Milchsalz weiter nichts ist, als roher Milchzucker, höchstens mit Zusatz von geringen Mengen von Kochsalz, schliesst deshalb, dass durch Zusatz von Lactin und Milchsalz zur Kuhmilch eine Aehnlichkeit mit dem chemischen Verhalten der Frauenmilch auch nicht im Entferntesten erzielt wird, dass sich die Lactinmilch und die Paulke'sche Milchsalzmilch fast genau ebenso verhält als mit Wasser vermischte Kuhmilch und dass die genannten Lösungen dem üblichen Gerstenschleime wesentlich nachstehen.

Kohts (Strassburg.)

---

358. **H. Neuss, Ueber die Benutzung von Eisenpräparaten zu subcutanen Injectionen.** Aus dem pharmakol. Institute der Univers. Greifswald (Prof. Eulenburg). (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. III. Heft 1. pg. 1.)

Gegen die Einfuhr von Eisenpräparaten per os können Digestionsstörungen, die sie hervorbringen und der Umstand, dass sie, abgesehen von Beeinträchtigung der Darmfunction, in geringer Menge resorbirt werden, als Contraindicationen aufgestellt werden. Es wäre deshalb wünschensweth hypodermatische Verwendbarkeit des Eisens einzuführen. Darüber sind schon verschiedene Versuche gemacht, aus denen nicht eine einstimmige Empfehlung ableitbar ist. Rosenthal hat ferrum tartaricum oxydulatum, Chininum ferrocitricum, Huguenin hat ferrum phosphoricum cum Ammonino citrico, la Costa ferrum dialysatum, Pick ferrum oxydatum saccharatum und Tinctura ferri pomati, Doenitz Liquor ferri sesquichlorati in Anwendung gezogen.

Von einigen dieser Versuche werden gute Erfolge berichtet. Neuss versuchte zuerst die Diffusionsfähigkeit einiger Eisensalze festzustellen.

Als sehr leicht diffundirbare Präparate zeigten sich:

1. Ferrum pyrophosphoricum cum Natr. citrico.
2. Ferrum pyrophosphoricum cum Ammon. citrico.
3. Ferrum citricum oxydatum.
4. Chininum ferro-citricum der Pharm. Germ.
5. Chininum ferro-citricum viride, nach Walter's Vorschrift von Berg in Dresden bereitet.

Die Präparate wurden bei Kaninchen und Menschen theils bei Patienten, theils am Körper der Untersuchenden zu subcutanen Injectionen benuzt.

Der Erfolg war der, dass nicht alle vom Menschen so gut vertragen wurden als vom Kaninchen, sondern bei mehreren bei Menschen Reizerscheinungen an der Injectionsstelle auftraten, trotz der grossen Vorsicht und Beobachtung antiseptischer Cautele.

„Als völlig geeignet zur subcutanen Injection erwies sich ferrum

pyrophosphoricum cum Natro citrico, ein Präparat, welches überdies auch wegen seiner Haltbarkeit und des relativ grossen Eisengehalts (26,6 %) besonders empfohlen zu werden verdient. Es ist in Lösungen von 1 : 6 Aq. dest. ohne jeden Nachtheil verwendbar. Das resorbirte Eisen ist schon nach einer halben Stunde im Harn nachzuweisen".

„Keiner hypodermatischen Verwendung fähig sind: (nach N.'s Versuchen) das Ferrum citricum oxydatum, Chininum ferro-citricum verschiedener Bearbeitung, ferrum saccharatum solubile und ferrum oxydatum dialysatum (glycerinatum).

Für den Nutzen der subcutanen Injection des gut vertragenen ferrum pyrophosphoricum cum Natro citrico wird die fortschreitende Besserung einer 21 jähr. Patientin erwähnt, die an starker Chlorose und ulcus ventriculi litt. Nach 20 Einspritzungen (1,0 der Lösung von 1:6 Aq. dest.) sind die accidentellen Geräusche am Herzen verschwunden, ebenso klagt Pat. nicht mehr über Schwindelgefühl und Mattigkeit in den Beinen.

Finkler.

---

359. **Dr. Loehner** (Schwabach), **Der Schwabacher Federhalter zur Beseitigung der krummen Haltung beim Schreiben.** (Aerztliches Intelligenz-Blatt Nr. 33. 1881.)

Es ist eine reine Unmöglichkeit mit den jetzt gebräuchlichen Griffeln und Federhaltern die Kinder zu gewöhnen, bei medianer und gerader Lage des Heftes und mit am Körper anliegendem Ellbogen zu schreiben. Es müsste zur Ermöglichung einer geraden Körperhaltung und zur Schonung der Augen die rechtsschiefe Schrift abgeschafft und durch senkrecht stehende ersetzt werden. Der senkrecht stehenden Schrift würden sich grosse Schwierigkeiten entgegenstellen. Das Mittel, die langgewohnte schiefe Schrift beizubehalten bei richtiger Haltung des Körpers wäre nur dadurch ermöglicht, dass man den Federhalter vorne, wo die Stahlfeder eingesteckt wird nach rechts in einem ungefähren Winkel von 10—12° von der geraden Linie abbiegt. Man hat dadurch die Abduction, die dem Handgelenk nicht möglich ist, in den Federhalter gelegt. Die Schieferstifte kann man in kurzen Stückchen wie die Stahlfeder in winklig gebogene Griffel stecken.

Seifert (Würzburg).

Neue Bücher.

Coleman, Manuel of Dental Surgery and Pathology. London, Smith and Eeder. 12 sh. 6 d.

Ecker, Die Anatomie des Frosches. Ein Handbuch für Physiologen, Aerzte und Studirende. 2. Abth. Nerven und Gefässlehre. Mit Beiträgen von R. Wiedersheim. Mit zahlreichen in den Text eingedruckten Holzstichen. Braunschweig. Vieweg & Sohn. 9 M.

Fothergill, Indigestion, Biliousness and Gout in its Protean Aspects Part I. Indigestion and Biliousness. Lewis. 7 sh. 6 d.

Gross, Practical treatise on Impotence Sterility and allied disorders of the male sexual Organs. Illustrated. Philadelphia. 7 sh. 6 d.

Hemming, Throat Diseases and the use of the laryngoscope: a handbook for practioners and senior students. Churchill. 2 sh. 6 d.

Harwitz, Zur Lehre von der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft (künstl. Frühgeburt und künstl. Abortus). Giessen, J. Ricker'sche Buchh. 2 M.

Nothnagel, Zur Symptomatologie der Darmgeschwüre. (Samml. klin. Vorträge 200). Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Loebisch, Anleitung zur Harn-Analyse für praktische Aerzte, Studirende und Chemiker mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Medicin. Zweite gänzlich umgearbeitete Aufl. Mit 48 Holzschn. und 1 Farbentafel. Wien, Urban & Schwarzenberg. 9 M.

Presl, Prophylaxis der übertragbaren Infektions-Krankheiten. Ein Handbuch für Aerzte, Sanitäts-Beamte und Physikats-Kandidaten. Mit besonderer Berücksichtigung der österreich. und deutschen Gesetzgebung. Wien, Urban & Schwarzenberg. 3 M.

Redier, Recherches expérimentales sur l'action physiologique de ellébores. Montpellier.

Searle, A new form of nervous disease together with an essay on Erythroxylon Coca, New-York.

Semple, Aids to medicine: Part 3. Diseases of the brain, nervous system and spinal cord. London, Baillière. 1 sh. 6 d.

Sockeel, Etude sur l'hématome de l'oreille. Douai.

Teulon, La vision et ses anomalies. Paris, J. B. Baillière et fils. 20 fr.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 1. Oktober. Nro. 25.

360. **La Diphtherie en Russie.** (Progr. medic. 1881. Nr. 38.)

Das Journal de Saint-Petersbourg bringt Schrecken erregende Nachrichten über die Diphtheritis in Russland. Die Epidemie der letzten Jahre trat zuerst in Bessarabien auf und verbreitete sich von dort nach Osten und nach Nordwesten, folgend der Richtung der Winde des südlichen europäischen Russlands, welche die Ansteckungskeime mit sich tragen. Die zuletzt befallenen Gouvernements sind die von Tambof, Saratof und Samara. Genügende Berichte liegen nicht vor; doch hat nach der Meinung der Medcinalbehörde keine Epidemie, auch nicht die Cholera und die Pest, je so viele Opfer gefordert. Von 1872 —1879 starben in Bessarabien von 35,538 Kranken 14,949; von 1876 —1879 in dem Gouvernement Poltawa 18,765 von 45,543; von 1878 —1880 in Karkof 17048 von 28,750.

An den Ufern des Don brach schon im Jahre 1868 eine Epidemie aus, welche ganze Ortschaften ihrer kindlichen Bevölkerung beraubte. So starben allein in dem Arrondissement Rhoper im Jahre 1868 6000 Kinder an Diphtheritis.

Im Jahre 1879 zeigte sich die Krankheit in dem Gouvernement

Stravapol und verbreitete sich von da durch ganz Kaukasien. Zuverlässige Nachrichten über ihre Ausdehnung und Mortalität liegen von dort noch nicht vor.

E. Bardenhewer.

---

361. **W. Bechterew, Ueber das Vorkommen äusserst niedriger Temperaturen im Verlaufe von Geisteskrankheiten.** (St. Petersb. medicin. Wochenschr. 1881. Nr. 33 und 34.)

Die über diesen Gegenstand bereits vorliegenden Angaben (vergl. das Original) bereichert B. durch die Mittheilung von drei Krankheitsgeschichten mit Obduktionsbefund. In einem Falle von Dementia senilis, komplicirt mit chronischer Spitzen-Pneumonie, war die Temperatur in den letzten Lebenswochen fast beständig mehrere Grade unter der Norm; zwei Tage vor dem Tode sank sie auf 27,5 ° (Anus-Temperatur) und am Tage vor dem Tode ging sie bis unter 26° herab. Bei einem an paralysis generalis progressiva leidenden 40 jähr. Kranken wurde an den letzten sechs Lebenstagen ein progressives Sinken der inneren Körperwärme bis auf 31,8° konstatirt; dabei war das Allgemeinbefinden bis zum letzten Tage ein ganz befriedigendes. Bei dem dritten, an derselben Krankheit leidenden 35 jährigen Patienten sank die Temperatur in derselben Weise in den letzten vier Lebenstagen, bis sie 9 Stunden vor dem Tode 30,6 ° erreichte.

Ein derartiges Sinken der Temperatur könnte bedingt sein: durch Unreinlichkeit des Kranken, durch Nahrungsverweigerung, durch Entblössung bei verstärkter Muskelarbeit, und durch beträchtliche Abmagerung. Doch trifft keiner dieser Momente für unsere Fälle zu. Aus den Lebensbedingungen der Kranken können die niedrigen Temperaturen nicht erklärt werden; es wurden trotz der niedrigen Körperwärme nie Collapserscheinungen oder ernste Complikationen mit Krankheiten innerer Organe bemerkt, die Kranken blieben im Gegentheil fast bis zu ihrem Tode kräftig, munter und zeigten sogar zeitweilig Symptome von Aufregung. B. sucht vielmehr die Ursache der niedrigen Temperaturen in der Affection des Gehirns, und zwar nicht sowohl in den nach Tiling in den Fällen von excessiver Temperatur-Abnahme bei Psychosen sich findenden bedeutenden Veränderungen in der Umgebung der Brücke, — denn diese sind durchaus nicht in allen derartigen Fällen gefunden worden — sondern vielmehr in der die Psychose bedingenden Affektion der Gehirnrinde, von welcher er sich berechtigt glaubt anzunehmen, dass sie gleichzeitig die den Centralwindungen benachbarten Territorien ergreife, welche nach Eulenburg und Landois das vasomotorische Nervensystem beeinflussen, nach B.'s Untersuchungen aber auch auf die innere Körpertemperatur einwirken.

E. Bardenhewer.

---

362. **Prof. Fr. Goltz, Ueber die Verrichtungen des Grosshirns.** Vierte Abhandlung. Unter Mitwirkung von Dr. J. v. Mering und Dr. R. Ewald. (Pflüger's Archiv. Bd. XXVI.)

In seinen früheren Abhandlungen hat der Verfasser dargethan, dass nach Wegnahme grosser Abschnitte beider Hälften des Grosshirns bei Hunden sehr merkwürdige Störungen dauernd zurückbleiben. Die Ansichten, welche Hitzig und seine Nachfolger über das Vorhandensein von kleinen circumscripten Centren in der Grosshirnrinde aufgestellt haben, hält er mit den von ihm gefundenen Thatsachen unvereinbar. Ausgedehnte Abschälungen der Rinde beider Hinterlappen hatten dauernde Störungen zur Folge, die etwas verschieden waren von denjenigen, die nach Verstümmelung der Scheitellappen zurückblieben, ein Resultat, welches zu Gunsten einer Lokalisation der Funktionen der Grosshirnrinde sprach. Daher unternahm Golz vorliegende eingehende Untersuchung.

Rücksichtlich der Operationsmethode und der genauen Beschreibung der einzelnen Versuche muss auf das Original und die 3 sehr deutlichen colorirten Tafeln, die Sectionsbefunde der verschiedenen Gehirne darstellend, verwiesen werden. Ein Gleiches gilt für den polemischen Theil der Abhandlung.

Folgendes sind die Resultate der Versuchsreihe und die vom Verfasser an dieselben geknüpften Schlussfolgerungen:

Sämmtliche Versuche bestätigen zunächst, dass selbst die ausgedehnteste Zerstörung der Grosshirnrinde keinen einzigen Muskel des Körpers dauernd lähmt. Innerhalb derjenigen Sphären der Thätigkeit, die sich an den tiefblödsinnigen Hunden noch beobachten liessen, wurden alle zweckentsprechenden Muskelbewegungen noch ausgeführt. Die Hunde mit am schwersten verstümmelten Gehirnen waren noch des Ausdrucks wüthender Leidenschaft fähig, sie knurrten und bissen um sich wenn man sie unsanft berührte. Solche Thiere spielten mit anderen ähnlich wie unversehrte Hunde und diese Handlungen kamen doch zur Beobachtung nach Zerstörung der sogenannten psychomotorischen Centren. Ferner zeigte sich, dass durch ausgedehnteste Zerstörung der Rinde beider Grosshirnhälften kein Thier dauernd der Benutzung irgend eines Sinnesorganes beraubt wurde. Die Sinnesreize wirkten zwar anders auf diese Thiere wie auf gesunde. Sie schienen stumpfer gegenüber den Sinnesreizen und wussten die Sinneseindrücke nicht gehörig zu verwerthen, aber kein Fall kam zur Beobachtung, wo ein Thier einen Sinn vollständig verloren hätte.

Keiner der Hunde war absolut blind oder taub, keiner des Riechens und Schmeckens völlig unfähig. Jeder von ihnen besass auf allen Punkten der Haut und Schleimhaut Empfindung.

Der Flourens'sche Satz, dass nach theilweiser Wegnahme des Grosshirns die Intelligenz nicht herabgedrückt werde, ist nur theilweise richtig. Nach Entfernung einer Grosshirnhälfte ist allerdings die Intelligenz in manchen Fällen nicht merklich beeinträchtigt. So wie aber beide Hemisphären in einiger Ausdehnung verstümmelt sind, ist die Störung der Intelligenz stets dauernd und deutlich vorhanden. Im allgemeinen ist es wohl richtig, dass der Grad des Blödsinnes nach Ver-

stümmelung der Grosshirnrinde gleichen Schritt hält mit der räumlichen Ausdehnung der Verletzung. Nach Entfernung der beiden hinteren Quadranten pflegt der Blödsinn viel auffälliger zu sein als nach Wegnahme der beiden vorderen. Es ist demnach unmöglich, irgend eine abgegrenzte Partie der Grosshirnrinde als ausschliessliches Centralorgan der Intelligenz anzusehen, aber auch dem Gemüth und den Leidenschaften lässt sich kein umschriebener Wohnsitz anweisen. Hunde, die mehr als Quadranten des Grosshirns verloren haben, zeigen noch Freude am Zusammensein mit Menschen und deutlichen Geschlechtstrieb. Jedoch bei noch ausgedehnterer Verwüstung des Grosshirns erlischt der Geschlechtstrieb vollständig. Demnach sind die Aeusserungen des Geschlechtstriebes an das Grosshirn gebunden und es ist durchaus falsch, noch nach der Idee Galls in das Kleinhirn den Sitz des Geschlechtstriebes zu verlegen, wie das auch bewiesen wird durch das Verhalten eines kleinen Hundes, dem Verfasser einen erheblichen Theil aus dem Kleinhirn auslöffelte, der die taumelnden Bewegungen des Kopfes und Körpers sehr deutlich zeigte, aber einen sehr lebhaften Geschlechtstrieb verrieth. Am Schlusse fasst der Verfasser die Ergebnisse seiner Versuchsreihe in dieselben Sätze zusammen, die aus den älteren Versuchen hervorgingen.

1. Die Annahme umschriebener gesonderten Funktionen dienender Centren innerhalb der Grosshirnrinde ist unhaltbar.

2. Es gibt also keinen Abschnitt der Grosshirnrinde, der ausschliesslich dem Sehen, keinen der ausschliesslich dem Hören, Riechen, Schmecken oder Fühlen gewidmet ist.

3. Es ist unmöglich durch irgend welche begrenzte Zerstörung der Grosshirnrinde irgend einen Muskel dauernd zu lähmen oder auch nur dem Einfluss des Willens zu entziehen.

4. Die Lebensäusserungen, aus welchen wir auf Intelligenz, Gemüth, Leidenschaften, Naturtriebe schliessen, hängen nicht von funktionell gesonderten Abschnitten der Rinde ab.

5. Zerstörungen der vorderen Abschnitte der Grosshirnrinde bringen Ausfallserscheinungen hervor, die sich in einigen Punkten unterscheiden von denjenigen, die nach Verlust der hinteren Abschnitte eintreten. Diese Unterschiede sind vielleicht durch die gleichzeitige Verletzung der zum Hirnstamme führenden Leitungsbahnen zu erklären.

Kochs.

---

363. De la cachexie pachydermique (myxoedeme des auteurs anglais). Gaz. d. hôpit. 1881. Nr. 107.)

In der revue clinique wird eine Arbeit von G. Ridel-Saillard über obigen Gegenstand besprochen, in welcher derselbe auf Grund der bisherigen und einer neuen eigenen Beobachtung zu folgenden Resultaten gelangt:

Die cachexie pachydermique ist charakterisirt durch zwei Reihen von Symptomen, Hautsymptome und nervöse Symptome.

Die Hautsymptome sind: allgemeines Oedem, Verdickung, Rauhheit, Härte, Trockenheit der Haut, welche dem Gesicht und den Extremitäten ein ganz besonderes Aussehen geben; das Gesicht ist abgerundet, die Lieder sind gedunsen, die Lippen verdickt; die Extremitäten sind plump und formlos, ähnlich denen der Pachydermen.

Die nervösen Symptome sind: fortschreitende geistige Schwäche, Apathie, physischer und intellektueller Torpor, langsame, behinderte Sprache, alle Bewegungen sind im allgemeinen langsam und mühsam, Abschwächung der Sinne; zugleich mit diesem geistigen Schwächezustande von Zeit zu Zeit maniakalische Erregung oder melancholische Niedergeschlagenheit.

Die Temperatur ist beständig mehr oder weniger unter der Norm.

Der Verlauf der Krankheit scheint ein progressiver zu sein; die Dauer derselben betrug in den Fällen, welche man bis zum Ende verfolgen konnte, 11 bis 12 Jahre. Die Kranken erliegen Complikationen von Seiten des Herzens oder der Nieren; einige Zeit vor dem Tode erscheint Eiweiss im Harn.

E. Bardenhewer.

---

364. **Dr. Fritz, Zur Lehre von den Empyemen.** Aus der propädeutischen Klinik zu Berlin. (Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. III. Heft 1. pg. 109.)

Verf. stellt eine Reihe von beobachteten Empyemen zusammen, nicht in der Absicht eine bestimmte Operationsmethode zu empfehlen, sondern um die Wichtigkeit der Unterscheidung von Empyemen nach Aetiologie für die Prognose und für die Wahl des operativen Verfahrens zu beleuchten.

I. Empyeme nach Lungengangrän.

Beobachtet in 4 Fällen. Der erste betrifft eine Patientin, die durch puerperale Sepsis einen gangränösen Herd der Lunge acquirirt. Dieser inducirt putride Pleuritis. Resection der 7. Rippe in der hinteren Axillarlinie, Entleerung von 300 cc putriden Eiters, Ausspülung mit 0,1 % Thymollösung. Die Putrescenz hört erst auf nach Entleerung des abgestossenen Lungeninfarctes durch Extraction. Die Heilung, etwas erschwert durch Communication der Abscesshöhle mit einem Bronchus tritt aber so vollständig ein, dass Pat. ohne erhebliche Deformität des Thorax 4 Monate nach der Operation entlassen wird.

Im 2. Falle hatte eine Frau aus unbekannter Ursache Lungengangrän, deren Folge ein abgekapselter Pyopneumothorax war. Mässiges Fieber, Dyspnoe, stechende Schmerzen. Die Probepunction entleert putrides, eitriges Material mit Mikrokokken, Fettnadeln, Hämatoidinkrystallen. Darauf Resection der 8. Rippe in der hinteren Axillarlinie. Ausspülung mit Thymollösung, schnelle Besserung, Heilung ohne wesentliche Deformität. Entlassen 3 Monate nach der Eröffnung.

3. Fall. Im Anschluss an einen Ileothyphus acquirirt Patient am Tage nach dem ersten Aufstehen eine mässige Pleuritis; das Exsudat wächst und die Probepunction verräth seine putride, eitrige Beschaffenheit. Thoracotomie. Schnelle Heilung.

4. Fall. Gangraena traumatica, Empyema putridum, Punction mit Aspiration. Dabei Durchbruch des gangränösen Herdes. Haemoptoe, Thoracotomie. Exitus letalis.

II. Empyeme nach Pneumonie.

Im ersten Fall wird der Dyspnoe wegen die Punction eines nach Pneumonie entstandenen Empyems gemacht und werden 1300 cc Eiter entleert. Dann Thoracotomie, Heilung nach vorübergehendem vorzeitigem Verschluss der Fistelöffnung.

Auch im 2. Falle trat Heilung ein, nachdem der Punction die Thoracotomie nachgeschickt und dadurch das wiederangesammelte Exsudat abgelassen war.

Auch in allen 4 übrigen Fällen wird Heilung gesehen nach der Thoracotomie: im einen trat Epyema necessitatis auf, im anderen Empyema putridum im Anschluss an Lungengangränn, im 3. Gangrän, Pyopneumothorax, Ausstossung von Parenchymfetzen; im 4. Falle perforatio in pulmonem, auch im folgenden Ausstossung des necrotischen Lungentheils durch die Incisionswunde.

III. Empyeme nach primärer Erkrankung der Pleura.

Eine rechtsseitige Pleuritis serosa soll durch Punction entleert worden sein, nach einigen Monaten wurde ein eitriges Exsudat constatirt; Thoracotomie. Fieber dauert an und wurde Febris hectica, Amyloiddegeneration, Exitus letalis. Während die comprimirte rechte und die linke Lunge vollständig gesundes Gewebe hatten, war die rechte Pleura pulmonalis et costalis in eine dicke Schwarte verwandelt und mit verkästen Partieen und Tuberkeln durchsetzt.

Auch im zweiten Falle langsam sich entwickelnde Pleuritis ohne primäre Erkrankung der Lungen. Umwandlung in eitriges Exsudat, Perforation in die Lunge ohne Pneumothorax. Eröffnung durch Schnitt ohne wesentlichen Erfolg. Exitus letalis nach Complication mit seröser Pleuritis der anderen Seite und hämorrhagischer Nephritis.

In einleuchtendem Widerspruch stehen die ungünstigen Ausgänge der primären Pleuraentzündungen zu den secundären. Von diesen gaben die günstigsten Chancen Empyeme, die durch peripher gelegene ganggränöse Herde inducirt wurden.

Aus dem klinischen Verlaufe wird besonders hervorgehoben die Abstossung necrotischer Parenchymfetzen, die Entstehung von Lungenfisteln auch ohne freie Communication mit dem Bronchialbaum. Bei freier Communication tritt oft in Hustenstössen die zur Ausspülung benutzte Flüssigkeit in die Lunge und in den Mund.

Bezüglich der Therapie werden zunächst der Punctionsmethode verschiedene Uebelstände nachgewiesen. Von solchen vermeidet einzelne die Methode Baelz und Kaschimura, noch besser die Methode Senators, „welcher sich die Aufgabe stellt, die Pleurahöhle in gefahrloser Weise zu entlasten und den Eiter durch eine unschuldige Flüssigkeit, erwärmtes Salicylwasser (1:300—500) allmählich mehr und mehr zu verdünnen“.

„Bei den putriden Empyemen, darüber herrscht Einigkeit der Meinungen, ist die Operation durch Schnitt die einzig zulässige Methode, die Punction nutzlos, und, weil zeitraubend, schädlich; die Aspiration . . . . gefährlich".

„Bei drohender Suffocation dürfte die vorläufige Entleerung einer mässigen Quantität des Ergusses durch Punktion indicirt sein".

Bei Empyemen bei Lungenphthise pflegte die Radical-Operation nicht gemacht zu werden. Bei Anwachsen des Exsudats wurde durch aspiratorische Punction ein Theil entleert und dadurch öfters längere Zeit ein erträglicher Zustand erhalten. Bei einem Phthisiker mit Pneumothorax wurde der Versuch gemacht die Luft zu aspiriren. Noch 5 Wochen nachher war das Exsudat ebenso zellenarm wie im Beginn der Therapie, da trat neue Perforation ein und bald darauf rein eitrige Beschaffenheit des Exsudats.

Finkler.

---

365. **Influence de l'hydropneumothorax sur la marche de la tuberculisation pulmonaire.** (Gaz. des hôpit. 1881. Nr. 90 u. 110.)

Zum Beweise des von Toussaint und Hérard auf Grund von in der Literatur zerstreuten Angaben und von eigenen Beobachtungen aufgestellten Satzes: „dass, wenn in der grossen Mehrzahl der Fälle der im Verlaufe der Phthise auftretende Hydropneumothorax eine gefährliche, sehr häufig tödliche Complikation darstellt, derselbe in einer gewissen Zahl von Fällen, häufiger, als man anzunehmen geneigt ist, einen günstigen Einfluss auf den Verlauf der Phthise ausübt, indem er den Fortschritt derselben hemmt und so für den Kranken ein unerwartetes Heilmittel wird"; theilt die Gazette folgende zwei Fälle mit:

1. Polirer, 32 Jahre alt, litt seit 6 Monaten an Husten mit zähem, schleimigeitrigem Auswurf, er magerte ab und verlor seine Kräfte, als er während eines Hustenanfalls von heftigem Schmerz in der linken Seite mit starken Oppressionsgefühl befallen wurde. Bei seiner Aufnahme in's Hospital konstatirte Dumontpallier einen Hydropneumothorax; die rechte Lunge war vollkommen gesund. Bald machte sich eine bedeutende Besserung geltend, Husten und Auswurf verloren sich, die Kräfte kehrten wieder. Der linke Pleuraraum ist noch mit Luft und (wenig) Flüssigkeit gefüllt. Im Uebrigen befindet Patient sich ganz wohl.

In dem 2. Falle (Paul Meusnier, de Blois) handelte es sich um einen Phthisiker, dessen ganze rechte Lunge von Infiltrationsheerden und Kavernen durchsetzt, und dessen Allgemeinbefinden sehr schlecht war. Derselbe acquirirte einen Pneumothorax, und bald liessen Husten und Fieber nach und das Allgemeinbefinden besserte sich in hohem Grade. Nach einem halben Jahre trat in Folge einer Erkältung be-

deutende Vermehrung des Exsudates ein, welche die Punktion nöthig machte. Bald jedoch vermehrte es sich von Neuem und der Kranke starb.

Die günstige Wirkung der Pneumothorax auf die Lungenkrankheit kann von kürzerer oder längerer Dauer sein. Dieselbe ist bedingt durch die Compression der Lunge, die Aneinanderlagerung der Cavernen-Wände, die Anämie des Lungengewebes und der Krankheitsprodukte.

E. Bardenhewer.

---

366. **A. Chantemesse, Note sur un cas de cirrhose hypertrophique avec ictère.** Ein Fall hypertrophischer Cirrhose mit Ikterus. (Le progr. méd. 1881. N. 38.)

G. 57 Jahre alt, Vergolder, litt seit fünf Jahren an Ikterus; seit einem Monat sind die Füsse hydropisch; die Leber ist beträchtlich vergrössert, ebenso die Milz, kein Ascites; im Harn Gallenfarbstoff, kein Eiweiss, kein Zucker; bald nach der Aufnahme in's Hospital verschlechterte sich das Allgemeinbefinden, welches bisher gut gewesen war, unter Auftreten von Purpuraflecken an den Beinen; Nasenbluten stellt sich ein, der Harn wurde schwarz, es entwickelte sich Bronchialkatarrh und Lungenödem mit Auswurf von schwarzem Blut, es bildete sich Ascites aus, und nach zwei Monaten starb der Kranke. Bei der Sektion finden sich im Abdomen mehrere Liter Ascitesflüssigkeit; keine Peritonitis; dagegen ist das Peritoneum mit kleinen Knötchen (Tuberkeln) bedeckt; die Leber wiegt 1800 gr; die Oberfläche derselben ist grünlich gefärbt mit brauner Marmorirung; die Gallenblase und die grossen Gallenwege sind von normalem Volumen und enthalten kein Concrement; die Vater'sche Ampulle ist intakt. Die Consistenz der Leber ist vermehrt. Auf dem Durchschnitt ist der Anblick verschieden je nach der mehr oder weniger starken Bindegewebs-Entwicklung; an einzelnen Stellen ist die grauröthliche Farbe desselben so sehr vorherrschend, dass man dazwischen nur hier und da kleine stecknadelkopfgrosse, dunkelgrüne Knötchen von Lebergewebe bemerkt; an anderen Stellen finden sich nur dünne Bindegewebszüge. An den ersteren Stellen sind die Leberzellen atrophirt, enthalten keine Fetttröpfchen; sie sind mit Pigmentkörnchen gefüllt, zum Theil ganz zerfallen; die Zerstörung ist um so grösser, je näher an der Peripherie der lobuli; von derselben dringen Embryonalzellen zwischen die atrophirten Leberzellen ein. Die Embryonalzellen finden sich am zahlreichsten in der Nachbarschaft der Gallenkanälchen und scheinen von der Epithelbekleidung derselben auszugehen. An den anderen Stellen (mit geringerer Bindegewebsentwicklung) sind die Leberzellen mit Fetttröpfchen und Pigmentkörnchen angefüllt, Kern und Protoplasma verdrängt; andere Zellen sind atrophirt und zerfallen. — Es handelt sich um zwei verschiedene Affektionen: einmal um Zerstörung durch neugebildetes Bindegewebe und zweitens um diejenigen Veränderungen, welche der Ikterus gravis häufig mit sich bringt. — Die Bindegewebszüge sind nicht von gleichmässiger

Stärke und schnüren die Leberzellen nicht „methodisch" ein, wie bei Laennek's Cirrhose. Sie sind vielmehr ungleichmässig, zeigen hier und da Anschwellungen und sind nicht scharf abzugrenzen von den lobuli. Die Sclerose hat nicht durch ringförmige Compression das Parenchym zerstört, sondern von der Peripherie aus ist die Proliferation (Embryonalzellen) gegen das Centrum der lobuli vorgeschritten, auf diesem Wege einzelne Zellhaufen zerstörend. — Die Arterien sind wenig verändert, die Venen zeigen vielfach eine fibröse Transformation; die Gallengänge dagegen haben bedeutende Veränderungen erlitten. Die Wandungen derselben sind beträchtlich verdickt, und ihr Lumen ist fast vollständig ausgefüllt mit proliferirenden Epithelzellen. Um den perilobulären Gallengang und in dem Bindegewebe finden sich äusserst zahlreiche Gallenkanälchen, kennbar durch ihr Epithel; sie sind durch Proliferation der Epithelzellen ausgefüllt und zum Theil aufgetrieben, und auch die oben erwähnten Embryonalzellen scheinen nichts weiter zu sein als das Produkt der Entzündung dieser Kanälchen.

Dieser Befund, welchen C. als ein Beispiel für die von Hanot und Charcot beschriebene Krankheitsform aufstellt, ist also charakterisirt auf der einen Seite durch den chronischen Ikterus, den langsamen Fortschritt der Symptome, welcher das Allgemeinbefinden lange Zeit hindurch wenig schädigt, die Abwesenheit von Ascites und den Exitus durch Ikterus gravis; auf der anderen Seite durch die Hypertrophie der Leber und der Milz, die Sclerose des Lebergewebes in Verbindung mit der abnormen Entwicklung von Gallenkanälchen, die diffuse katarrhalische Entzündung dieser Kanälchen, welche zur Retention der Gallen-Elemente nach aufwärts von dem Hindernisse führte.

E. Bardenhewer.

---

367. **Prof. M. Roth, Beobachtungen über die Gallensteinkrankheit.** Vorgetragen am 7. Juli 1881 in der medicinischen Gesellschaft zu Basel. (Correspondenzblatt für schweiz. Aerzte. Nr. 16. 1881.)

I. Zur Aetiologie der Gallensteine.

Nur die Leichenstatistik gibt genauere Auskunft über die Häufigkeit. Auf 2028 Sektionen wurden 166 Mal Gallensteine notirt, d. h. bei 8,18 % aller untersuchten Leichen. Dabei wurde gefunden, dass auf 2 mit Gallensteinen behaftete männliche Leichen 5 weiblichen Geschlechts kommen. Diese Zahlen stimmen mit den Befunden in Dresden und Basel (Fiedler) gut überein. Die Zusammenstellung nach dem Lebensalter ergibt eine mit zunehmendem Alter rasch ansteigende Häufigkeit der Gallensteine. Die 3 jüngsten Individuen mit Gallenconcrementen waren Mädchen von 17, 19 und 20 Jahren. Erst vom Beginn des 3. Decenniums ab kommen Gallensteine besonders beim weiblichen Geschlechte häufiger vor.

Da die Concremente weitaus am häufigsten im geräumigsten Abschnitt der Gallenwege, in der Gallenblase vorkommen, und ihre Zu-

sammensetzung, meist ein Gemisch von Cholestearin mit Calciumcarbonat und Bilirubincalcium (Pigmentkalk) auf eine Bildung durch Zersetzung der Galle hinweist, so scheint der Grund für die Entstehung der Gallensteine ein lokaler zu sein: Niederschläge aus stagnirender und sich zersetzender Galle. Dies steht also entgegen der Auffassung, welche mehr oder weniger ausschliesslich allgemeinen Einflüssen, der Ernährungsweise und der Blutmischung, die Entstehung der Gallensteine zuschreibt. (Klebs, Beneke, gesteigerte Cholestearinproduktion oder Zusammentreffen von Gallensteinen mit atheromatösen Prozessen.) Nach Roth kommt die Gallensteinbildung ebensowohl bei gesunden, wie sonst kranken Individuen vor.

Die Heredität der Gallensteinkrankheit (Fouconneau-Dufresne) ist nicht vollständig erwiesen. R. citirt eine sehr merkwürdige Beobachtung, wo drei Glieder einer Familie. Vater, Sohn und Nichte an Cholelithiasis litten. Aber das heriditäre Moment sucht Roth nicht in einer Disposition zur Steinbildung, sondern in einer grösseren Reizbarkeit oder Vulnerabilität der Gallenwege, die sich in einem maligneren Verlauf der Cholelithiasis zu erkennen gibt. Wenn das Alter und das weibliche Geschlecht entschieden disponirt, so kann das seinen Grund haben in Störungen, welche beide für die Gallenentleerung setzen, die senile Disposition würde in der Erschlaffung und Elasticitätsabnahme der Gewebe und daher rührender Erweiterung der Gallenwege liegen, die des weiblichen Geschlechtes in sitzender Lebensweise und Schnüren der Brust begründet sein, womit Knickung der Gallenblase, Abwärtsdrängung des vorderen Leberrandes zusammenhängt.

II. Verlauf und Ausgänge der Cholelithiasis.

Bei dem gutartigen Verhalten der Mehrzahl von Gallensteinerkrankung werden die Concremente oft nur zufällige Sektionsbefunde darstellen; Heilung ist insofern denkbar, als es Wiederauflösung der Concremente und Verkleinerung gibt. „Die Lösung des Cholestearin könnte durch einen Ueberschuss an gallensauren Alkalien bewirkt werden, und kommt vielleicht ähnliches bei geeigneten Trinkkuren (Karlsbad, Vichy) zu Stande.“

Häufiger gehen die Concremente auf natürlichem Wege durch die Gallengänge ab. Dabei sind Erweiterungen des Gallengangs denkbar.

Die Gallensteinkoliken sind durch Einkeilung verschuldet. Die von den Steinen verschuldeten lokalen Veränderungen sind entweder catarrhalische Zustände oder ulceröse Cholecystitis und Cholangitis. Aber solche Ulcerationen verheilen oft und hinterlassen sternförmige Narben. Seltener führen sie zu Perforationen und zwar 1) am häufigsten in die Bauchhöhle und dann zu fast immer allgemeiner Peritonitis; 2) fast ebenso ungünstig zu Perforationen ins retroperitoneale Zellgewebe (Pylephlebitis, Leberabscesse); 3) zu Perforationen in den Darmkanal.

Hierbei kommen drei Stellen besonders in Betracht, die durch ihre topographischen Beziehungen für die Perforationen sehr geeignet scheinen:

a) Durchbruch der Gallenblase (am Halse oder mehr gegen den Fundus hin) in die obere Umbiegung des Duodenum,

b) in das anliegende Colon transversum,

c) in das Duodenum nahe an dem ostium duodenale ductus choledochi.

Durch solche Gallendarmfisteln gerathen oft grosse Steine in den Darm, die ihrerseits hier wieder Erscheinungen machen können. Aber selbst nach Entleerung der Concremente können noch fortschreitende Abscedirungen der Leber eintreten. Zur Illustration dieser Sätze werden 11 Fälle näher mitgetheilt.

Bemerkenswerth ist aus der Besprechung der Mortalitätsziffer, dass ulceröse Entzündungen mit Perforationen der Gallenblase wie andere metastatische Entzündungen, im Verlauf des Typhus und der Cholera auftreten. Unter 172 Thyphussektionen wurde 9 mal catarrhalische Cystitis notirt. Bei der Beeinflussung der Gallensteinkrankheit durch Thyphus abdominalis ist nicht an eine vermehrte Bildung der Concremente, sondern an die Wirkung auf den Verlauf zu denken. „Der Infectionsprozess scheint eine Exacerbation dieser Folgeerscheinungen, eine grössere Malignität des Verlaufs herbeizuführen.“ Es gehen 3 % der Fälle von Gallensteinkrankheit mit Tod ab.

Finkler.

---

368. **Kelsch et Wannebroucq, Note sur deux cas de sarcôme du péritoine et du tissu cellulaire rétro-péritonéal.** Zwei Fälle von Sarkom des Peritoneums und des retro-peritonealen Zellgewebes. (Le progr. med. 1881. Nr. 38.)

Die Verfasser begründen die Mittheilung der beiden Fälle mit der Seltenheit des Auftretens von Geschwülsten in der serosa abdominalis.

1. Ein 54jähriger Fabrikarbeiter ging innerhalb fünf Monaten, unter Leibschmerzen und beständiger Diarrhoe marastisch zu Grunde. Bei der Sektion fand sich eine diffuse adhäsive Peritonitis; die durch Bindegewebszüge verklebten und in abnormer Lage befestigten Darmschlingen bedeckten eine aus dem kleinen Becken heraufragende enorme Caverne, welche mit dem ileum und mit dem rectum kommunicirte; dieselbe enthielt eine graue übelriechende, eitrige Flüssigkeit, und ihre Wandungen bestanden aus einem weichen, zerreiblichen, mit hämorrhagischen Flecken durchsetzten grauen Gewebe; in der Höhle schwammen freie Gewebsfetzen bis zur Grösse einer Nuss; an den Perforationsstellen waren die Intestinalwände in die Neubildung einbezogen. „Die Neubildung repräsentirt offenbar das Zellgewebe und die degenerirten retro-peritonealen Drüsen“. Dieselbe bestand fast ausschliesslich aus Spindelzellen, welche mit spärlichem Zwischengewebe zu sich verstrickenden Bündeln geordnet waren. Das Sarkom ist wahrscheinlich ausgegangen von dem Zellgewebe und nicht von den Lymphdrüsen,

welche wohl dem Lymphsarkom, sehr selten dagegen dem Cellularsarkom zum Ausgangspunkte dienen.

2. Die Patientin, 59 Jahre alt, litt seit zwei Jahren an Schmerzen im Leibe, die Kräfte nahmen ab, die Füsse schwollen an und bald auch das Abdomen. Eine Punktion entleerte 7 Liter serosanguinolenter Ascitesflüssigkeit; nach der Punktion fühlte man eine weiche diffusse Geschwulst, welche ihre Lage nicht änderte; die Kranke starb kachektisch. Bei der Sektion zeigte sich das kleine Becken und der untere Theil der Abdominalhöhle angefüllt mit einer weichen, grauweissen oder rosarothen, Mark-ähnlichen Masse, welche dem Peritoneum und dessen Faltungen adhärirt; ein dünner Wasserstrahl macht die Masse zerfallen, und es bleibt nur ein äusserst feines fibrovaskuläres Stroma, welches vom Peritoneum ausgeht. Ausserdem finden sich drei grosse Fibromyome des Uterus. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigt sich die weiche Geschwulstmasse des Peritoneum zusammengesetzt aus nach Grösse und Gestalt sehr verschiedenen zelligen Elementen; das sehr spärliche Stroma ist „une émanation du péritoine“ und wird feiner und spärlicher, je mehr es sich vom Peritoneum entfernt; die in demselben verlaufenden mit Blut gefüllten Gefässe haben äusserst delikate Wandungen. Es handelte sich also um ein weiches Sarkom des Peritoneum; während des Lebens schwankte die Diagnose zwischen Tuberkulose und Karzinose desselben.

E. Bardenhewer.

---

369. **J. Fischel, Ueber einige Ursachen von transitorischer Albuminurie.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXIX. S. 217.)

Zu den mannichfachen, schon bekannten Ursachen und Einflüssen, die eine vorübergehende Eiweissausscheidung im Harn herbeizuführen im Stande sind, wobei jedoch auf Grund genauerer Untersuchung, und sorgfältiger Erwägung der begleitenden Momente eine materielle Veränderung der Nieren ausgeschlossen werden muss, fügt F. an der Hand einer Reihe von Beobachtungen neue Quellen für das Zustandekommen einer transitorischen Albuminurie.

Derselbe fand in dem Harn von Individuen, die an einer intensiven und länger dauernden schmerzhaften Affection der Unterleibsorgane erkrankt waren, in mehreren Fällen Eiweiss, während bei leichteren Paroxysmen, welche rascher vorüber gingen, diese Erscheinung gewöhnlich fehlte. In einzelnen Fällen war diese Eiweissausscheidung nur eine kurzdauernde, flüchtige, in andern dagegen zog sich dieselbe über Tage ja Wochen hin.

In gleicher Weise verschieden war auch die Menge des vorübergehend ausgeschiedenen Albumins, indem dasselbe oft nur spurweise, dann wieder sich in grossen Massen vorfand. Constant war eine Verminderung der Harnmenge, wechselnd und schwankend das specif. Gewicht.

Von pathologischen Formbestandtheilen fanden sich nicht selten Epithelien der Harnkanälchen, ausnahmsweise einzelne hyaline Cylinder; ohne dass jedoch auf Grund dieses letzteren Befundes eine entzündliche Nierenaffection angenommen werden konnte.

Die in 10 ausführlichen Krankengeschichten mitgetheilten Fälle schmerzhafter Abdominalaffectionen, in deren Gefolge transitorische Albuminurie, einigemal bei Wiederholung der Schmerzanfälle neuerdings zur Beobachtung kam, waren verschiedener Natur. In 5 derselben handelte es sich um intensive Cardialgien (darunter einmal bei einem Carcinomkranken), einmal um eine heftige Enteralgie, 2 mal um Gallensteinkolik, weiterhin um einen den Menses vorausgehenden Kolikanfall, endlich um einen durch die Incarceration einer Inguinalhernie hervorgerufenen Schmerzanfall.

Auf das in diesen Beobachtungen wiederkehrende gemeinsame Moment, das Auftreten von Collaps und Shokerscheinungen legt F. das Hauptgewicht, und sucht dieses mit dem Zustandekommen der Albuminurie in ursächlichen Zusammenhang zu bringen.

Analog anderweitigen Beobachtungen und Auffassungen über den Shok, welche denselben als einen reflectorischen Vorgang, als eine Reflexparalyse des Splanchnicus ansehen, kann auch in den angeführten Fällen an einen ähnlichen reflectorischen Act gedacht werden, dessen Ausgangspunct in den stark gereizten Nerven der Unterleibsorgane zu suchen ist. Die dabei auftretende Ansammlung des Blutes in den weiten Gefässräumen des Abdomens, welche neben venöser Stase in den Nieren, bei der gleichzeitig verminderten Herzenergie eine Herabsetzung des arteriellen Drucks in den malpighischen Gefässen hervorruft, bildet mit Zugrundelegung der Runeberg'schen Filtrationstheorie die Erklärung der transitorischen Albuminurie.

Dass wirklich in dem Collaps und in dem durch denselben bedingten Symptomencomplex die Erscheinung der vorübergehenden Eiweissausscheidung begründet sei, dafür scheinen dem Verfasser weitere Fälle und Beobachtungen beweiskräftig zu sein, wo der Collaps nicht durch die schmerzhafte Affection des Abdomens, sondern durch stärkere Blutungen entstanden war. Von 3 nach dieser Seite hin gemachten Beobachtungen waren 2 von positivem Resultat, es wurden in dem zuerst gelassenen Urin hinlänglich grosse Mengen Eiweiss nachgewiesen, während in dem 3. Fall sich nur hyaline Cylinder in ziemlich grosser Zahl constatiren liessen; Beobachtungen, welche nicht nur durch die Runeberg'sche Theorie erklärt werden können, sondern derselben sogar, im Fall noch weitere ähnliche Erfahrungen gemacht würden, eine ihrer festesten Stütze zu geben im Stande wären.

Dass jedoch gleichwohl nicht in allen unter ähnlichen, wie den mitgetheilten Erscheinungen verlaufenden Fällen Albuminurie vorübergehend beobachtet werde, dafür müsse man eine gewisse individuelle Disposition, eine bis dahin noch unbekannte Grösse in Rechnung bringen.

Im Anschluss an diese Arbeit berichtet Verf. noch über 2 Fälle von transitorischer Albuminurie bei Darmkatarrh, bei welcher morphotische Elemente im Harnsediment nicht aufgefunden werden konnten.

Diese Beobachtungen bilden zu gleicher Zeit eine Ergänzung und

Erweiterung der in einer früheren Arbeit (Prager Vierteljahrsschrift 1878. III. S. 28) bekannt gegebenen Erfahrungen über das Auftreten von Cylindern im Harn bei Darmkatarrh ohne gleichzeitige Eiweissausscheidung (eine vorübergehende Nephritis leichtesten Grades) und die ebenfalls bei solchen Affectionen beobachtete Albuminurie mit nur spärlichen hyalinen Cylindern und Abwesenheit aller andern Formbestandtheile.

Durch fortgesetzte Untersuchungen und Achten auf diese Vorkommnisse konnten letztere in wiederholten Fällen bestätigt werden.

Hindenlang (Freiburg).

---

370. **Ernst Berg, Mittheilungen über Stickstoff-Inhalationen bei Lungenkrankheiten nach Dr. E. Trentler.** (St. Petersb. medizin. Wochenschr. 1881, Nr. 35.)

B. hat nach dem Vorgange von Trentler eine Reihe von mit chronischer Pneumonie und Bronchial-Katarrh behafteten Kranken Stickstoff-Inhalationen machen lassen. Er bediente sich des Schwabe-Waldenburg'schen Doppelapparates; 5—15 %, 10—20 Pfd. Belastung, 5 Cylinder täglich. Die von ihm erzielten Erfolge sind ausserordentlich günstig. „In kurzer Zeit, in 4—6 Tagen hörte der Husten vollständig auf", oder „es trat bedeutende Besserung des Allgemeinzustandes und Verringerung des Hustens ein". B. stimmt Trentler vollständig bei, welcher die Vortheile seiner Methode in folgenden Punkten findet:

1. „In der leichten Einführbarkeit aller Arten, wodurch auch Minderbemittelten sie zugänglich sind. Hospitäler, Privatärzte — namentlich Specialisten — nicht bloss, nöthigenfalls Familien können sie im eigenen Hause (natürlich unter ärztlicher Leitung) anwenden. Darauf folgt;

2. die sofortige Verwendbarkeit beim ersten Beginn der Erkrankung, ein Vorzug von unbestreitbarer, prognostischer Wichtigkeit;

3. die Vermeidung des Heimwehs, jenes schlimmen Faktors, den die Trennung von Heimat, Haus und Familie, man kann hinzusetzen Amt, im Gefolge hat;

4. in der verhältnissmässigen Kürze der durchschnittlichen Kurdauer, sowie darin, dass ein Nichterfolg sich bald genug herausstellt, um etwa nöthige andere Kuren anzuwenden;

5. in der Möglichkeit, alle anderen Kurmittel damit zu verbinden, als Medikamente, Brunnen- und Milchkuren, Gymnastik, Bäder, Luftkuren u. s. w.;

6. im Individualisiren, d. h. der Möglichkeit, jedem Einzelfall entsprechend Modifikation der Qualität und Quantität des Inhalationsgases eintreten zu lassen;

7. in der leichten Ausführbarkeit etwa nöthiger Wiederholung

der Kur, sobald Verschlimmerung (Recidive) eintreten, und zwar zu jeder Jahreszeit;

8. in der verhältnissmässigen Billigkeit des Verfahrens, besonders bei privater Anwendung desselben;

9. endlich, und dies Moment halte ich für ein ganz besonders wichtiges, in dem Umstande, dass die Kranken nicht desacclimatisirt werden".

E. Bardenhewer.

---

371. **J. Andeer, Ueber die therapeutische Verwendbarkeit des Resorcins.** (Centralbl. für medicinische Wissenschaft 1881. Nr. 36. S. 857.)

Verf. rümt die Wirkung des Resorcins bei Blasenleiden und Hautaffectionen. Gestützt auf wiederholte an sich selbst gemachte Versuche, welche erwiesen, dass 5,0 Resorcin in wässeriger Lösung mit Dieulafoy'scher Spritze auf einmal in die gesunde Blase gespritzt ohne reactive Erscheinung ausnehmend gut vertragen werden, verwendete Verfasser das Resorcin bei den verschiedensten Blasenleiden und überzeugte sich in 156 Fällen von der Superiorität dieses Mittels über alle anderen. Während bei acuten, durch Gonorrhoe hervorgerufenen Blasenkatarrhen 2—3 malige Einspritzungen einer 5 procentigen Lösung, bei chronischen eine solche von 5—10 procentiger zur Heilung führten, genügten bei einfachen Blasenkatarrhen einmalige Einspritzungen einer 1—3 procentigen Resorcinlösung. In einem Falle wurde sogar eine langjährige chronische Cystitis durch eine einzige Einspritzung einer 10 procentigen Lösung dauernd geheilt. Bei Blasenkrebs empfiehlt Verfasser starke (50 procentige) Einspritzungen zur Desinfection.

In gleichem Masse wirksam erwies sich das Resorcin bei Hautaffectionen; während die gesunde Haut das Resorcin nicht resorbirt, durch dasselbe nicht einmal verfärbt wird, findet bei pathologischen Zuständen, sowohl Läsionen im chirurgischen Sinne, als auch Alterationen in der physiologischen Function derselben Resorption statt, wofür eine specifische Verfärbung der Haut und sichere Heilresultate sprechen, die bei Erysipel, Scarlatina, Variola, Pemphigus, Rupia, Lepra und bei allen durch Einwirkung lebender Organismen hervorgerufenen Hautkrankheiten erzielt werden. Ebenso glänzende Erfolge zeigte das Resorcin in Salbenform bei Verwundungen mit gleichzeitiger Infection z. B. in vielen Fällen sogenannter Leichenvergiftung, ferner bei Hautverbrennungen, Hautgeschwüren etc. Empfehlend für die Anwendung des Resorcins ist die Thatsache, dass die mit diesem Mittel behandelten Haut- resp. Schleimhautdefecte nicht mit Narbenbildung, sondern mit der Bildung neuer Epithelien resp. Epidermis heilen.

W. Rühle.

Neue Bücher.

Bridau, De l'oesophagotomie contre les rétrécissements de l'oesophage. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Bruchet, Contribution à l'etude des rapports des affections rénales avec les maladies chirurgicales. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Bubendorf, Considérations sur l'enchatonnement du placenta. Nancy.

Dupré, Action des alcalins surtout à doses fortes et massives sur le sang, la bile et les urines. Lyon.

Hennig, Henke & Vierordt, Geschichte der Kinderkrankheiten. Anatomie und Physiologie des Kindesalters. Zweite umgearbeitete und vermehrte Aufl. Mit 68 Holzschnitten. (Gerhardt's Handb. der Kinderkrankheiten I. 1). Tübingen, H. Laupp'sche Buchhandlung. 10 M.

Jacobson, Ueber Narbenstrikturen in dem oberen Abschnitte der Respirationswege. (Sammlung klin. Vorträge 205.) Leipz. Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Jacquin, Essai sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de la sclérose en plaques, Nancy.

Kocher, Die antiseptische Wundbehandlung mit schwachen Chlorzinklösungen in der Berner Klinik (Samml. klin. Vorträge 203/4). Leipzig, Breitkopf & Härtel. 1 M. 50.

Loomis-Beneke, Zur climatischen Behandlung der Lungenschwindsucht. Norden, H. Braams. 1 M.

Mandelstamm, Die Lehre vom Glaucom (Samml. klin. Vortr. 206). Leipz. Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Morlot, Sur une forme grave de l'épilepsie. Paris.

Pancritius, Ueber Lungen-Syphilis. Erfahrungen aus der Praxis. Berlin. Hirschwald. 7 M. 60.

Rauque, De la péritonite dans la fièvre typhoïde. Paris, Davy.

Ruet, Recherches sur l'inertie utérine pendant l'accouchement. Lyon.

Salvy, De la coexistence de la méningite suppurée et de la pneumonie au troisième, Degré. Paris.

Vassilesco, Etude sur quelques uns des signes stéthoscopiques de la pleurésie. Paris.

Vayssettes, Etude clinique sur l'accouchement prématuré accidentel, suivie de recherches historiques et cliniques sur l'accouchement prématuré artificiel à Lyon. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Wecker et Masselon, Ophthalmoscopie clinique. Avec 40 photographies hors texte. Paris.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. **8. Oktober.** **Nro. 26.**

372. **Löwenberg, Le furoncle de l'oreille et la furonculose.** Der Furunkel des Ohres und die Furunkulose. (Progr. médic. 1881. Nr. 27. 29. 30. 32. 33. 34 und 35.)

Nachdem im vorigen Jahre Pasteur die Anwesenheit von Mikrokokken in Furunkeln entdeckt hatte, gelang es auch L. dieselben in noch geschlossenen Furunkeln des Gehörgangs nachzuweisen; die Kulturen ergaben dieselben Gebilde, welche Pasteur beschrieben hat. Hüber hatte schon a. 1874 die Entstehung der Furunkel durch die Gegenwart einer bestimmten Species von Schizomyceten (Nägeli) behauptet. Auch L. findet die Ursache der Entstehung von Furunkeln in einer Invasion keimungsfähiger specifischer Organismen, welche aus der Luft oder aus dem Wasser stammen. Die reichliche Gegenwart derselben, selbst in destillirtem Wasser, erscheint nicht auffallend, wenn man bedenkt, wie klein und fein und widerstandsfähig die Elemente (Dauersporen) sind. Dass dieselben von aussen eindringen, darauf weist

auch das häufigere Auftreten von Furunkeln an den unbedeckten, der Luft und dem Wasser ausgesetzten Theilen des Körpers (Gesicht, Hände, Nacken) hin. Der betreffende Mikroorganismus scheint sich besonders zu vermehren in Gegenwart von sich zersetzenden organischen Substanzen; denn wir sehen Metzger, Gerber, Lumpensammler u. s. w. am häufigsten befallen. Das epidemische Auftreten der Furunkulose macht es wahrscheinlich, dass noch andere Umstände, und zwar atmospärische Einflüsse von Bedeutung sind. Am häufigsten sind die Epidemien im Frühling und im Herbst, dann, wenn Wärme zugleich mit Feuchtigkeit vorherrscht. Kommt nun der specifische Mikroorganismus, in Luft oder Wasser, in Kontakt mit der Haut, so bedarf er, um eindringen zu können, einer Eingangspforte; diese findet er in den Schweiss- und hauptsächlich in den Haarbalgdrüsen (Eberth); die hygroskopische Eigenschaft und die fettige Beschaffenheit der Haare tragen dazu bei ihn festzuhalten. In der That finden wir die Furunkel von einem Haartalgfollikel ausgehend, und auf seiner Spitze ein Haar. Auch zeigen sich die Furunkel mit Vorliebe an behaarten Stellen; an der Hohlhand und unter dem Fusse kommen sie gewöhnlich nicht vor. Von der Kopfhaut, welche nur selten befallen wird, hält die Dichtigkeit der Haare die Organismen fern; im Nacken, wo die Haare spärlicher stehen, sind die Furunkel nicht selten. Einmal eingedrungen, verursachen die Mikroorganismen in der gefässreichen Haut heftige Entzündung, und der Nervenreichthum der Haut, vielleicht auch die Sekretion einer besonders reizenden Substanz (Koch), erklärt zur Genüge den oft heftigen Schmerz.

Furunkel sind sehr häufig im Gehörgang und an der Mündung des Ganges in die Ohrmuschel. Die Ursache dafür liegt wohl darin, dass von allen dem Zutritt der Luft und des Wassers ausgesetzten Partien des Körpers keine für die Entwicklung der Organismen so günstige Bedingungen bietet wie die genannten. Der Gang ist warm und geschützt, die Künste der Toilette bleiben vielfach ihm fern; voluminöse Talgdrüsen öffnen sich in demselben, und am Tragus finden sich Haare, welche oft eine beträchtliche Entwicklung erfahren. Wattebausch und Glycerin-Einträufelungen erschweren den Zutritt, resp. (durch Exosmose) die Entwicklung der Keime: dagegen vermag ein Luftzug, eine „Erkältung", wohl, dieselben selbst bis in die Drüsenöffnungen einzuführen. Dass die Furunkel des Ohres bei Frauen häufiger sind als bei Männern, soll darin begründet sein, dass bei Frauen den Mikrokokken zugängliche Haare nur an den Lidern, an den Augenbrauen und an den Ohren vorhanden, und die der Ohren wie erwähnt, für die Aufnahme der Organismen am meisten befähigt sind. Auch in den Achselhöhlen der Frauen sind die Furunkel häufig, und ähnlich wie bei Frauen sind die Verhältnisse bei Kindern.

Es ist bekannt, dass ein Furunkel oft von mehreren oder gar vielen anderen gefolgt ist, welche nicht nur durch den Schmerz, den sie verursachen, sondern auch durch die Schädigung des Allgemeinbefindens, welche sie mit sich bringen können, unser Interesse verdienen. Zur Erklärung jener Erscheinung dürfen wir nicht die Infektion durch das circulirende Blut annehmen; denn selbst bei Monate langem Bestande der Furunkulose konnte Pasteur die Mikrokokken im Blute

nicht nachweisen; dagegen finden sie sich in den Furunkeln selbst immer, und in passenden Medien lassen sie sich züchten. Unter die Haut eingespritzt, bei Kaninchen und Meerschweinchen, erzeugen sie Abscesse, in welchen sich dieselben Organismen finden; in's Blut eingebracht, entwickeln sie sich nicht. Nichtsdestoweniger ist Pasteur der Meinung, es sei möglich, dass der Transport durch das Blut geschehe. Dagegen hält L. das meist gute Allgemeinbefinden bei Furunkulose für nicht vereinbar mit der Anwesenheit der Mikrokokken im Blut. Auch wäre es nicht verständlich, warum die Organismen immer nur in den von der Blutbahn aus schwer zugänglichen Haardrüsen sich ansetzen und Entzündung erregen sollten und nicht im Inneren des Körpers. Es handelt sich vielmehr nach L. bei der Furunkulose um eine Auto-Contagion oder Auto-Inokulation der Furunkel: Oeffnet sich ein Furunkel, so ergiesst sich der mit den specifischen Mikroorganismen geschwängerte Eiter in die Umgebung, dringt in andere Hautdrüsen ein und erzeugt dort neue Furunkel. So erklärt sich die tägliche Erfahrung, dass gerade in der Umgebung eines Furunkels neue entstehen; so wird es leicht verständlich, dass nach dem Bersten des am Eingang des Gehörgangs sitzenden ersten Furunkels andere in dem Gehörgange selbst auftreten; so ergiebt sich das Zustandekommen eines „konfluirenden Furunkels oder Anthrax" aus mehreren Zonen benachbarter Furunkel. Nur für die forme grave du furoncle, welche im Gesicht und insbesondere an der Oberlippe auftritt, unter dem Bilde eines adynamischen Fiebers verläuft, und durch Thrombose der Sinus der dura mater, oder unter den Symptomen der putriden oder purulenten Infektion zum Tode führt, nimmt L. die Einwanderung der Kokken in das Blut an. Dann ergiebt die Sektion Entzündung und Thrombose der Venen, Abscesse in der Nachbarschaft des Furunkels, metastatische in den Eingeweiden, eitrige Pleuritis u. s. w., einen Befund, welcher nur durch die Irruption der Mikroorganismen aus dem Furunkel in das Blut erklärt werden kann. Dieselben finden sich auch wirklich sowohl in den entzündeten Venen als auch im Blut von an bösartigen Furunkeln Gestorbenen. Nicht alle Furunkel der Lippe nahmen solch' schlimmen Verlauf, welcher von den Autoren durch die besondere Beschaffenheit und Anlage der Gewebe, besonders der Venenplexus, an der Lippe erklärt wird.

Ausser dem epidemischen und dem durch gewisse Beschäftigungen hervorgerufenen Auftreten von Furunkeln, zeigen manche Individuen eine besondere Disposition zu furunkulösen Eruptionen. Dieselbe ist bald durch die Constitution, bald durch unpassende Ernährung, bald durch andere Krankheiten, besonders durch „septische", z. B. den Typhus bedingt. Im Allgemeinen lässt sich behaupten, dass ein irgendwie geschwächter Organismus dem Eindringen des Giftes geringeren Widerstand entgegensetzt, und für unseren speciellen Fall spielen krankhafte Veränderungen in der Hautsekretion (Veränderungen der chemischen Reaktion und Composition, Stauungen u. s. w.) die Hauptrolle. Derartige Veränderungen stehen in enger Beziehung zu Veränderungen der Harnsekretion, so zur Albuminurie und zum Diabetes mellitus. Bei dem Diabetes ist es entweder der veränderte Stoffwechsel und die durch den veränderten Stoffwechsel verminderte Widerstandskraft des ganzen

Organismus und besonders der schlecht genährten, trockenen Haut, welche das Eindringen der Mikroorganismen, die Entstehung und Vermehrung der Furunkel begünstigt; oder es ist der Zucker selbst, welcher, vorhanden in allen Säften des Körpers, auch im Schweisse und in dem eitrigen Inhalt der Furunkel, das Gedeihen der Mikrokokken fördert, indem er demselben reichlichen Kohlenstoff liefert. Zwar ist es L. nicht gelungen, den Mikrokokkus des Furunkels in Zuckerwasser zu kultiviren; aber es befinden sich im Körper neben dem Zucker die den lebenden Organismen unentbehrlichen Stickstoffsubstanzen und mineralischen Salze, und es unterscheidet sich auch der im Körper befindliche Zucker von den durch die Nieren abgeschiedenen (Cantani). Jedenfalls aber ist selbst in den leichteren Fällen von Diabetes der Schweiss durch den Zuckergehalt klebrig und dadurch mehr befähigt, die Organismen festzuhalten. — Es ist ferner eine häufig konstatirte Thatsache, dass Furunkel vor oder mit dem Eintritt der katamenialen Periode auftreten. Zur Erklärung bietet L. die Hypothese, dass von einem Furunkel Kokken ausgegangen sind, und sich in Hautdrüsen niedergelassen haben; hier ruhen dieselben als Dauersporen, bis die bei vielen Frauen mit den Katamenien einhergehende Schwächung des Organismus ihre Entwicklung ermöglicht.

Aehnlich wie die Auto-Contagion der Furunkel kann die Contagion auch von Person zu Person geschehen. Jeder Arzt kennt Fälle, dass mehrere zusammenwohnende Personen von Furunkeln befallen wurden. Man kann dafür nicht die gemeinsamen Lebensbedingungen verantwortlich machen; denn die Personen werden nicht gleichzeitig, sondern die eine wird nach der anderen befallen. L. gibt dafür mehrere Beispiele.

Wenn nun der Furunkel bedingt ist durch die Einwanderung und Vermehrung eines parasitären Mikroorganismus, so sind Feuchtigkeit und Wärme (warme Umschläge) aus der Behandlung zu verbannen. Wir bedürfen eines Mittels, welches ohne die Haut zu reizen, den Organismus tödtet. Ein solches Mittel ist die Borsäure (Dumas, Lister). Ist der Furunkel noch nicht aufgebrochen, so incidirt L. Dadurch könnte zwar dem Mikrokokkus der Zugang zu noch gesundem Gewebe geöffnet werden; aber es wird dadurch auch ermöglicht, das Heilmittel in den Heerd des Uebels zu bringen. Die Incision geht durch den Gipfel des Follikels und folgt, so viel als möglich, der Richtung desselben. Vorherige Aether-Pulverisationen machen die Operation schmerzlos. Nach der Incision werden Umschläge mit gesättigter, wässeriger oder besser alkoholischer (antiseptisch) Lösung von Borsäure gemacht. Dieselben hemmen auch die Entwicklung der noch nicht geöffneten Geschwülste, wohl dadurch, dass die alkoholische Lösung in die kapillären Follikel eindringt. Man könnte die Borsäure-Lösung auch mit einer feinen Spritze in die Geschwulst einbringen. Um die Auto-Contagion und die Ansteckung eines Zweiten zu verhindern, empfiehlt L. die grösste Reinlichkeit und lässt den Furunkel und seine Umgebung mit der Lösung bedecken. Bei offenen Furunkeln wird man die Borsäure mit Erfolg auch als Streupulver verwenden. In den Gehörgang werden Einträufelungen gemacht und dadurch das Auftreten neuer Furunkel verhindert. Die Furunkel werden dadurch, wie es scheint,

in einfache Abscesse verwandelt. In den nur in Verbindung mit anderen Krankheiten des Ohres vorkommenden Abscessen desselben finden sich die Mikrokokken nicht. Bei Furunkulose werden, ausser der jedem einzelnen Furunkel zugewendeten Therapie, täglich Waschungen des ganzen Körpers mit koncentrirter Borsäure-Lösung gemacht.

Zum Schlusse führt L. aus, dass das überaus häufige Auftreten von Furunkeln bei Soldaten, namentlich bei Kavalleristen mit seiner Theorie von der Entstehung und Verbreitung der Furunkel im besten Einklang stehe.

E. Bardenhewer.

---

373. **Revilliod, Remarques au sujet de l'épidémie de fièvre typhoïde observée à Genève au printemps de 1881.** Bemerkungen über die im Frühjahr 1881 in Genf beobachtete Typhusepidemie. (Rev. méd. de la Suisse Rom. 1881. Nr. 9.)

Während vereinzelte Typhusfälle in Genf fortwährend zur Beobachtung kommen, brach im Mai 1881 eine Epidemie aus, während welcher in der Stadt und ihrer nächsten Umgebung 166 Personen erkrankten. Man glaubte anfangs, dass Verunreinigungen des Rhonewassers, welches in einem grossen Theil der Stadt als Trinkwasser benutzt wird, Schuld seien; bei genauerer Untersuchung stellte es sich indess heraus, dass die Krankheit besonders in Stadttheilen und Häusern auftrat, die ihren Wasserbedarf nicht der Rhône entnahmen und die in hygienischer Beziehung allen Anforderungen entsprachen, während die schmuzigen, von der ärmeren Klasse bewohnten Quartiere verschont blieben. In einer Kaserne, in welcher 1500 Rekruten wohnten und in welcher nur Rhonewasser getrunken wurde, kam kein Typhusfall vor. R. bespricht die verschiedenen Hypothesen über die Verbreitungsweise des Typhus, ist aber nicht in der Lage, eine derselben als für die Genfer Epidemie massgebend zu bezeichnen. Von den im Hospital behandelten Fällen waren zwei bemerkenswerth durch die den Beginn der Krankheit bildenden psychischen Störungen, in einem Falle Hallucinationen und starke Aufregung, im andern Melancholie mit kataleptischen Symptomen. Bei beiden war im Uebrigen der Verlauf ein milder. Das Fieber hatte nicht immer den gewöhnlichen Typus, besonders bei Kindern wurde continuirliches Fieber über 40 ° C. während mehrerer Tage beobachtet; doch war der Ausgang ein günstiger. Die jede Typhusepidemie begleitenden leichteren Fälle von Gastricismus etc. fehlten nicht. Im Anfang der Epidemie kamen mehrere Fälle mit ausgesprochenem adynamischem Charakter zur Beobachtung; mit dem Beginn der grösseren Hitze traten verschiedene Male Darmblutungen auf, in einem Falle ein heftiges und wiederholtes Nasenbluten. 3 von den 48 im Hospital behandelten Patienten starben. Bemerkenswerth ist nach R., dass die Epidemie ihren Höhepunkt mit Beginn des Sommers erreichte, während gewöhnlich die Zahl der Erkrankungsfälle an

Typhus im Herbst am grössten ist. Diese herbstliche Exacerbation fand R. auch für die Jahre 1877—80 bestätigt, doch war im Mai stets ein Ansteigen in der Zahl der Erkrankungen zu konstatiren.

Brockhaus (Godesberg).

---

374. **Dr. Obraszow, Ueber die Veränderungen der Lymphdrüsen beim weichen und indurirten Schanker.** Vorläufige Mittheilung aus dem pathol.-anatom. Kabinet von Prof. Iwanofsky. (Wratsch Nr. 20. 1881.)

Die Veränderungen der lymphatischen Drüsen beim indurirten Schanker sind folgende:

1. Die Drüsenkapsel und die von derselben ausgehende fibröse trabekligen Faserzüge erscheinen verdickt, wie in der Corticalsubstanz, so auch, und zwar noch deutlicher, in der Marksubstanz der Lymphdrüse.

2. Das Reticulum erscheint ebenfalls verdickt, die Endothelzellen und ihre Kerne vergrössert.

3. Die Lymphkörperchen füllen die Drüsen fast aus, sind in den Lymphsinusen und in den Trabekeln dicht eingelagert. Zwischen den Zellen von normaler Grösse finden sich nicht selten vergrösserte Zellen, welche 2—3 Kerne enthalten; es werden auch granulirte Zellen ohne deutliche Kerne angetroffen. Die geschwellten Zellen findet man meist in den Lymphsinusen und in den Trabekeln.

4. Die Wände der Blutgefässe sind verdickt; die Endothelzellen der Intima sind vergrössert, bilden Erhebungen auf derselben und verengen zuweilen das Gefässlumen.

5. In den lymphatischen Räumen und in den Gefässen der Drüsen werden gewöhnlich in Gruppen oder in Colonien Cohn'sche Kugelbacterien und Billroth'sche Micrococcen gefunden.

Die Veränderungen der Lymphdrüsen beim weichen Schanker bestehen in:

1. Hyperplasie der Lymphkörperchen, welche geschwellt und feingekernt erscheinen.

2. Die Gefässe sind stark hyperämisch, ihre Wandungen mit weissen Blutkörperchen infiltrirt; die Endothelzellen sind deutlich geschwellt, feingekernt und ragen in das Gefässlumen hinein.

3. Das reticuläre und bindegewebige Stroma bleibt unverändert.

4. Auch beim weichen Schanker sind in den Lymphdrüsen feinkörnige Parasiten, Billroth'sche Micrococcen sichtbar, nur sind sie hier nicht nur in Gruppen vorhanden, sondern liegen auch zerstreut zwischen den Lymphkörperchen und in den Zellen selbst; durch das Eindringen der Parasiten in die Zellen scheint auch die Anschwellung der letzteren bedingt zu sein.

Krusenstern (Petersburg).

375. **Dr. Dmitrowsky, Ueber die Bedeutung der Anschwellung der vor dem Ohr gelegenen Lymphdrüsen.** (Medic. Westnik 1881. Nr. 17.)

Bekanntlich sind die vor jedem Ohr gelegenen Lymphdrüsen im normalen Zustande nicht fühlbar; sie liegen gleich unter dem proc. zygomaticus ossis temporalis, in gleicher Höhe des meatus auditorius externus. Dm. hat mehrfach Vergrösserung dieser Lymphdrüsen gefunden. Die Drüsen waren am bedeutendsten bei ulcus induratum auf dem Augenlide vergrössert, welche den gewöhnlichen Charakter eines syphilitischen Bubos zeigten. — Ferner wurde eine Vergrösserung und zu gleicher Zeit bedeutende Schmerzhaftigkeit dieser Drüsen bei Blennorrhoe der Conjunctivalschleimhaut und bei phlyctenulösen Geschwüren am Auge auf der entsprechenden Seite beobachtet. In diesem Fall waren auch die andern Drüsen, in welche die Lymphe vom Auge abgeführt wird, angeschwollen.

Bei acutem Trachom hat das in Rede stehende Symptom, seitens der Drüsen, eine besonders wichtige Bedeutung: die Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Drüsen tritt im acuten Stadium der Krankheit fast beständig auf; sobald das Trachom chronisch wird, oder sich zurückbildet, schwellen die Drüsen ab und die Schmerzen verlieren sich; der Zustand der Drüsen kann mithin diagnostisch und prognostisch von Werth sein.

Die Anschwellung der betreffenden Lymphdrüsen allein macht die Diagnose auf acutes Trachom möglich, auch ohne genauere Untersuchung der Augen (wegen des Blepharospasmus, Schwellung der Lider etc.), wenn man phlyctenulöse Geschwüre und Meibomitis mit Gewissheit auszuschliessen im Stande ist.

Krusenstern (Petersburg).

---

376. **Duroziez, De la péricardopleurite dans le rhumatisme articulaire aigu.** Ueber Pericardopleuritis bei acutem Gelenkrheumatismus. (L'Union méd. 1881. Nr. 130 und 131.)

D. referirt über 13 von ihm beobachte Fälle von acutem Gelenkrheumatismus mit nachfolgender Entzündung des Pericardiums und der Pleuren. 10 Patienten standen zwischen dem 10. und 25. Lebensjahre; 11 waren männlichen, 2 weiblichen Geschlechts. Dies Alters- und Geschlechtsverhältniss steht in Uebereinstimmung mit den Erfahrungen anderer Autoren. Die ersten pericarditischen Erscheinungen zeigten sich zwischen dem 3. Tage und 2 Monat nach Ausbruch des Gelenkrheumatismus; der häufigste Termin ihres Auftretens war das Ende der ersten und Anfang der 2. Woche. Die pleuritischen Symptome entwickelten sich in der Regel nach den pericarditischen; gewöhnlich war zuerst die linke, später die rechte Pleura afficirt, seltener umgekehrt. Therapeutisch wird die möglichst frühzeitige Anwendung des Salicyl-

sauren Natrons empfohlen, um das Eintreten von Pericarditis beim acuten Gelenkrheumatismus zu verhüten. Ist Letztere in irgend intensiver Weise bereits ausgebrochen, so kann man nach D. mit ziemlicher Sicherheit auf nachfolgende Pleuritis rechnen. Isolirte Endocarditis zieht selten Pleuritis nach sich.

Brockhaus (Godesberg).

---

377. **Dr. Werjüschky, Ueber die Sensibilitätsstörungen der Haut und über die tägliche Harnmenge bei Rheumatikern.** (Medicinski Westnik 1880. Nr. 333—336.)

Die Resultate dieser eingehenden Untersuchungen lassen sich in folgenden Sätzen resümiren:

1. Die Functionen der sensiblen Hautnerven und zwar: der Drucksinn, die Schmerzempfindung und die electrische Reizbarkeit, sind über den ergriffenen Gelenken alle oder einzeln vermindert. (Drosdoff hat schon vor einigen Jahren die Verminderung der electrischen Reizbarkeit bei Rheumatismus festgestellt; russ. Diss.)

2. Der Grad dieser Veränderungen steht in keinem directen Verhältnisse zu andern Krankheitserscheinungen (der Schwellung, der Röthung der Gelenke); nicht selten war das Gelenk beträchtlich geschwollen, stark geröthet — die Hautsensibilität aber dabei nur wenig alterirt, in andern Fällen umgekehrt, bei geringen rheumatischen Erscheinungen — bedeutende Herabsetzung der Hautsensibilität. Auch in denjenigen Fällen, wo die Kranken vollkommen gesund wurden, konnte W. eine deutliche Herabsetzung der Hautsensibilität an den betreffenden Gelenken konstatiren.

3. Die oben erwähnten Veränderungen in der Haut gingen gewöhnlich über die Grenzen der Gelenke hinaus. Rheumatische Affectionen der benachbarten Muskeln wurden von denselben Erscheinungen in den entsprechenden Hautparthieen begleitet.

4. Analoge Erscheinungen wurden auch in Fällen von chronischem Rheumatismus beobachtet, die Veränderungen der Hautsensibilität hielten mit der Intensität der übrigen Krankheitserscheinungen gleichen Schritt.

5. In Fällen von acutem und chronischem Muskelrheumatismus wurden die Sensibilitätsstörungen weniger häufig wahrgenommen.

6. Die Harnmenge und die Quantität der festen Bestandtheile des Harns sind bei Rheumatikern während der Fieberzeit und Exacerbation der Krankheit gesteigert. Verfasser glaubt, dass die nicht selten bei Rheumatismus vorkommende Polyurie keine zufällige Erscheinung ist und will das Auftreten derselben bei gleichzeitiger Sensibilitätsstörung auf die Affection der Harnsecretionscentra zurückführen.

W. plaidirt für die Nerventheorie des Rheumatismus, nach welcher plötzliche Abkühlung des Körpers die sensiblen Nerven reizt, welche die Reizung auf die vasomotorischen (und trophischen) Nervencentra fortleiten.

Krusenstern (Petersburg).

378. **H. Obersteiner, On Allochiria, a peculiar sensory disorder.** (Brain, Tart. XIV.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit der Aerzte auf ein bei Nervenkranken zu beobachtendes Symptom, welches darin besteht, dass Tastempfindungen nicht an der berührten Stelle, sondern an der dieser entsprechenden symmetrischen Stelle des Gliedes der anderen Körperhälfte localisirt werden. Er nennt diese Erscheinung „Allochiria" von ἄλλος κ. χεις. Verfasser glaubt, dass dieses Symptom häufiger ist, als man anzunehmen geneigt ist, da man jedenfalls schon oft die bei Tastprüfungen erhaltenen gegentheiligen Antworten des Patienten, als einen Lapsus linguae aufgefasst hat.

Verf. giebt 4 Fälle zur Illustration, 2 Tabetiker, eine Hysterische, einen Fall von Myelitis, letzteren mit sehr genauem Sectionsprotokoll. Eine Erklärung dieses Phänomens lässt sich bis jetzt noch nicht geben. Verf. weisst auf die symmetrische Function des sensiblen Nervensystems hin, wie sich aus den Untersuchungen über den Transport und die Schweisssecretion ergeben habe.

Ludwig (London).

379. **Chervin, Une leçon sur le bégaiement.** Ueber Stottern. (L'Union méd. 1881. Nr. 126.)

In Frankreich sind im Durchschnitt 6 % der Militärpflichtigen wegen Stotterns dienstuntauglich, in Paris 1 %, in den südlichen Departements 15 %. Unter 2000 von Ch. behandelten Stotternden waren nur 200 Frauen; andere Sprachstörungen, z. B. das sog. Bispeln und das Unvermögen, gewisse Buchstaben auszusprechen, sollen beim weiblichen Geschlecht öfter vorkommen. Der früheste Termin, in welchem sich das Stottern bemerkbar macht, ist das 3. Lebensjahr. Hereditäre Einflüsse sind nach Ch. weniger von Bedeutung, als böses Beispiel und Nachahmung; oft entsteht Stottern nach plötzlichen heftigen Gemüthsbewegungen — Schreck, Zorn etc. — daher das häufigere Vorkommen beim männlichen Geschlecht, das derartigen Alterationen öfters ausgesetzt sei. Beim leisen Sprechen und Singen verliert sich das Stottern ganz oder theilweise, beginnende Trunkenheit verstärkt es,

doch sind auch Fälle von günstiger Wirkung eines leichten Rausches bekannt. Gewöhnlich lesen Stotternde correcter als sie sprechen, zuweilen findet das umgekehrte Statt. Das Aussprechen der Consonanten macht meist grössere Schwierigkeit wie das der Vocale. Als charakteristisches Unterscheidungsmerkmal von Sprachstörungen paralytischen Ursprungs findet sich beim Stottern eine gewisse Intermittenz, indem zeitweise Besserungen mit Verschlimmerungen abwechseln. Constant ist ferner ungeregelte Respiration während des Sprechens. „Viele Stotternde fangen, wenn sie sprechen wollen, mit einer tiefen Exspiration an und öffnen den Mund, wenn sie keine Luft mehr im Thorax haben. Da es unmöglich ist, so zu sprechen, inspiriren sie und wollen gleichzeitig sprechen; dadurch entsteht das Stottern. Andere lassen die Luft, anstatt durch den Mund, durch die Nase entweichen; die Articulation, besonders der Consonanten p, k und t wird dabei unmöglich. Bei der Behandlung beginnt Ch. zunächst mit Uebungen, bei denen er tief inspiriren, dann langsam exspiriren und gleichzeitig den Vocal a anlauten lässt; dann folgt eine kurze Pause, während welcher der Rest der Luft ausgeathmet wird. Diese Uebungen werden 4 mal täglich je nach dem Alter $^1/_2$—1 Stunde lang gemacht; in der Zwischenzeit muss absolutes Schweigen beobachtet werden. Später folgen Zungen- und Lippenübungen, Anlauten der Vocale e, i, o, u, endlich Versuche im Aussprechen und Verbinden von Sylben. Die Behandlung dauert 3 Wochen und sind Ch's. Resulte bei gutem Willen und Folgsamkeit des Schülers fast immer gute. Recidive hat er nach erfolgter wirklicher Heilung nicht beobachtet.

Brockhaus (Godesberg).

---

380. **N. Popow, Ueber die Veränderungen des Rückenmarks nach Vergiftung mit Arsen und Blei.** Aus dem klinischen Laboratorium des Prof. Mierzejewski. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1881. Nr. 26.)

Um die Frage zu entscheiden, ob die durch Arsen-Vergiftung hervorgerufenen Lähmungen, Krämpfe, Contrakturen und Anästhesien centralen oder peripheren Ursprungs sind, hat P. eine Reihe von Vergiftungsversuchen mit verschieden grossen Gaben Arsen (0,003—0,12 pro dosi) an Hunden angestellt, und auf diese Weise bald eine chronische, bald eine akute Arsen-Vergiftnng erzeugt. Der Tod trat nach einigen Stunden, nach einigen Tagen oder Monaten ein. P. glaubt aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse ziehen zu dürfen:

1. Das Arsen erzeugt schon in wenigen Stunden nach seiner Applikation deutliche Veränderungen im Rückenmark, welche als Myelitis centralis acuta oder als Poliomyelitis acuta aufzufassen sind.

2. In mehr chronischen Fällen beschränkt sich die Entzündung nicht allein auf die graue Substanz, sondern geht auf die weisse über, auf diese Weise eine diffuse Myelitis darstellend.

3. Das periphere Nervensystem bleibt selbst in den Fällen unversehrt, in welchen der Tod erst drei Monate nach Einverleibung des Giftes eintrat, woraus der Schluss zulässig ist, dass:

4. Die Lähmungen bei der Arsen-Vergiftung centralen Ursprungs sind.

Vergleicht man diese Resultate mit denen von Danillo bei Phosphor-Vergiftung erhaltenen (s. d. Bl. 1880, Nr. 12), so stellt sich eine vollkommene Analogie zwischen denselben heraus, und es lag in Folge dessen die Vermuthung nahe, dass andere metallische Gifte dieselben Veränderungen im Rückenmarke hervorriefen. P. stellte desshalb auch Versuche an mit essigsaurem Bleioxyd, weil die Bleilähmungen einerseits noch vielfach für peripherische gehalten werden, auf der anderen Seite die Autoren wenigstens in Betreff der Frage, an welchen Theilen des Nervensystems die primären Erkrankungen durch die Bleivergiftung zuerst auftreten, auseinander gehen. P. suchte desshalb möglichst akute Vergiftungen zu erzeugen und auf diese Weise begrenzte Affektionen in centralen oder peripheren Theilen des Nervensystems zu erhalten. Von drei mit Blei vergifteten Meerschweinchen starb das eine sechs, das zweite sieben, das dritte zehn Tage nach Applikation des Giftes. In allen drei Fällen fanden sich die peripheren Nerven ohne jede Veränderung, während das Rückenmark einen den bei Arsenlähmung erhaltenen analogen Befund zeigte. — Das Blei ergreift somit, analog dem Arsen und dem Phosphor, im Beginn nur das Rückenmark.

E. Bardenhewer.

---

381. **Saloz, Contribution à l'étude clinique du phénomène respiratoire de Cheyne-Stockes.** Beitrag zum klinischen Studium des Cheyne-Stockes'schen Respirationsphaenomens. (Rev. méd. de la Suisse Romande. 1881. Nr. 9.)

Nach S. sind in neuerer Zeit Respirationsphaenomene als Cheyne-Stockes'sches Athmen beschrieben worden, die mit demselben Nichts gemein haben, z. B. die unregelmässig aussetzende Respiration, wie sie zuweilen bei Meningitis beobachtet wird. Das Ch.-St.'sche Phaenomen charakterisirt sich bekanntlich durch das periodische Auftreten zweier Stadien, das der Athempause oder Apnoe und das der Dyspnoe oder Hyperpnoe, letzteres ausgezeichnet durch das allmählige Anwachsen der Athemzüge an Frequenz und Ausgiebigkeit bis zu einem Maximum und darauf folgender Abnahme bis zu vollständigem Stillstand. Die Länge beider Stadien schwankt nach S. von 5—45 Sec. beim ersten, und von 15—75 Sec. beim zweiten; das ganze Phaenomen hat eine Durchschnittsdauer von 58 Sec. (zwischen 30 und 105 Sec. schwankend). Wächst die Dauer des einen Stadiums, so nimmt die des andern ab. Zunahme des apnöischen Stadiums ist von übler Bedeutung. Während des Anfalls beobachtet man ferner Störungen seitens des Circulationsapparats, der Psyche, der Augen und der motorischen Centren. Erstere

sind sehr variabler Natur und bestehen in Aenderung der Pulsfrequenz und der arteriellen Spannung. Die psychischen Symptome sind mit der Athempause entstehende und verschwindende Somnolenz und mehr oder weniger tiefe Bewusstseinsstörungen; dieselben lassen sich nach S. entgegen der Behauptung Rosenbachs, durch Anreden oder andere Reizungen zum Verschwinden bringen. Von Seiten der Augen beobachtet man Contraction und Reactionslosigkeit der Pupille während der Athempause, Dilatation und Wiederauftreten der Reaction gegen Licht im Stadium der Dyspnoe; ausserdem traten conjugirte Bewegungen der Bulbi, besonders während der Athempause ein und zwar am häufigsten nach rechts oben, seltener nach rechts unten, sehr selten nach links; zuweilen beobachtet man auch dabei horizontalen, seltener verticalen Nystagmus. Am inconstantesten sind die Phaenomene seitens der motorischen Centren. Sie erscheinen gegen Ende der Apnoe und bestehen in Convulsionen gewöhnlich einer Körperhälfte, zuweilen des Gesichts oder einer oberen Extremität. S. fand ferner, dass vor und nach dem ausgebildeten Anfall die Respiration in regelmässiger Folge Beschleunigung und Verlangsamung zeigte; dieses Uebergangsstadium vom normalen Respirationstyphus zum Ch.-St.'schen Phaenomen und umgekehrt, bezeichnet er als „intermediäres". Auch constatirte er den schon von andern Forschern beobachteten günstigen Einfluss des Schlafs auf die Entwicklung des Phaenomens. Die Krankheiten, in deren Verlauf es auftritt, sind sehr verschiedenartiger Natur: cerebrale Haemorrhagie und Embolie, intracranielle Tumoren, tuberculöse Meningitis, Klappenfehler, Sclerose der Coronararterien mit fettiger Degeneration der Herzmuskulatur, profuse und wiederholte Blutverluste, Vergiftung mit Narcoticis und Anaestheticis, Atherom der Arterien, Bright'sche Krankheit. S. hat in Fällen von Letzterer das Cheyne-Stockes'sche Phaenomen beobachtet; sie trafen alle ältere Leute; der Urin war spärlich und enthielt wenig Eiweiss. Die Section ergab Granularatrophie der Nieren, atheromatöse Entartung der Nierengefässe, Verkalkung vieler Glomeruli, Hypertrophie und Dilatation des Herzens, fettige Entartung seiner Muskulatur, Atherom der Arterien an der Gehirnbasis; in einigen Fällen fand sich Thrombenbildung im Herzen, Infarcte in den Lungen und cerebrale Embolien. Ueberhaupt sind nach S. zum Zustandekommen des Ch.-St.'schen Phaenomens drei Factoren von hervorragender Bedeutung: 1) Entartung der Arterien, die der Gehirnbasis mit einbegriffen, wodurch die Blutzufuhr zum verlängerten Mark leidet; 2) Herzaffectionen, welche zum Theil als Folge der Arterienerkrankung anzusehen, zum Theil abhängig sind von der Entartung der Nieren, die selbst wieder durch Erstere hervorgerufen ist; 3) Abnormes Verhalten des Blutes, welches eine grosse Neigung zur Coagulation zeigt (daher die Häufigkeit der Herzthrombosen). Aehnliches Verhalten des Blutes ist von S. auch bei Thieren, denen die Nieren exstirpirt oder bei denen durch Ureterenunterbindung künstliche Nephritiden erzeugt waren, beobachtet worden.

Anlangend die physiologischen Erklärungsversuche des Ch.-St.'schen Phaenomens so verwirft S. die Theorien von Filehne und von Cuffer; bezüglich der Details muss auf das Original verwiesen werden. Plausibler erscheint ihm die Ansicht Traube's, der das Phaenomen

unter dem Einfluss verminderter Blutzufuhr zum respiratorischen Centrum und herabgesetzter Erregbarkeit dieses Letzteren zu Stande kommen lässt. Durch die während des dyspnoeischen Stadiums von dem respiratorischen Centrum geleistete vermehrte Arbeit wird die Erregbarkeit desselben für eine kurze Zeit (Stadium der Athempause) völlig aufgehoben.

Das Ch.-St.'sche Phaenomen ist von prognostisch übler Bedeutung, seine Dauer und Intensität hängen ab von der Schwere der Erkrankung, als deren Folge es auftritt. S. hat einige Fälle beobachtet, in welchen es vollständig verschwand, um nach einem kürzeren oder längeren Zeitraum wieder zu erscheinen. Dieses intermittirende Auftreten — in einem Falle von Gehirnapoplexie mit einem freien Intervall von ungefähr einem Jahre — ist auch von anderer Seite her constatirt worden. Therapeutisch ist von Lépiore das Strychnin subcutan mit ungünstiger Wirkung versucht worden. Bei dem Gebrauch von Morphium und Chloral hat S. in einigen Fällen Besserung beobachtet, andere sahen Verschlimmerung durch diese Mittel. Electrische Reizung der Phrenici, der Vagi und der Hautnerven des Gesichts hatten negativen Erfolg, ebenso die von S. versuchte Inhalation. Filehne sah bei der Einathmung von Amylnitrit Verschwinden der Athempausen, aber vermehrte Dyspnoe. In einigen Fällen konnte S. günstige Wirkung nach wiederholter Application von Vesicantien in den Nacken constatiren; eine Erklärung hierfür vermag er nicht zu geben.

Brockhaus (Godesberg).

---

382. **Dr. Löwenfeld** (München), **Zur Electrotherapie der Angina pectoris und verwandter Zustände.** (Aerztliches Intelligenzblatt. Nr. 39. 1881.)

Um der pessimistischen Anschauung, dass Angina pectoris ein absolut unheilbares Leiden sei, entgegenzutreten, bringt Verfasser zwei Fälle zur Veröffentlichung, in denen die Application des constanten Stromes von grossem Vortheil sich zeigte.

Bei einem 47-jährigen kräftig gebauten Manne stellten sich in Zwischenräumen von 1—2 Monaten Anfälle ein, die sich durch ein Opressionsgefühl auf der Brust schon eine Anzahl von Stunden vorher anzeigten. Die Anfälle dauerten stundenlang und häuften sich manchmal so, dass mehrere an einem Tag oder auf einander folgenden Tagen auftreten. Auf der Höhe des Anfalles trat convulsivisches Zittern eines Armes und Beines ein, erstreckte sich dann auch auf die andere Körperhälfte, sistirte nach wenigen Minuten, um kurz darauf neuerdings, wenn auch minder heftig, aufzutreten.

Narcotica hatten nur wenig Einfluss, bewirkten mitunter eine Abkürzung oder Linderung des Anfalles, hemmten aber niemals die Entwicklung desselben.

Es wurden nun 10 Sitzungen im Verlaufe von 3 Wochen vorgenommen, mit Anwendung des constanten Stromes in aufsteigender Richtung vom untersten zum obersten Halsganglion bei einer Stromdauer von je 1 Minute beiderseits.

Von der Einleitung der electrischen Behandlungen sind die Anfälle ausgeblieben.

Bei einem 50-jährigen Manne traten häufig Anfälle von hochgradiger Brustbeklemmung auf, die von heftigen Schmerzen unter dem Sternum und von hier gegen Schulter und Hals ausstrahlend begleitet waren. Die Anfälle waren von stundenlanger Dauer.

Narcotica hatten geringen Erfolg milderten die Anfälle nur wenig.

Auch hier trat nach der Galvanisation am Halse sofortige Erleichterung auf, die vorhandene Beklemmung wurde geringer; im Ganzen wurden 5 Sitzungen vorgenommen, stets mit gleich gutem momentanem Erfolg.

Auch bei anderen Zuständen, die mit Brustbeklemmung und daher rührender Angst einhergegangen, sah Verf. dieses Verfahren von Nutzen z. B. bei Herzpalpitationen Hysterischer und bei nervösem Herzklopfen begleitet von Dyspnoe.

Seifert (Würzburg).

---

383. **Prof. Iwanofsky, Glomerulitis exsudativa, als eine besondere Form von acuter Bright'scher Krankheit.** (Esjenedelnaja klin. gaseta 1881. Nr. 4.)

In den Nieren eines an croupöser Pneumonie gestorbenen 7-jähr. Knaben sind bei der mikroscopischen Untersuchung folgende anatomische Veränderungen gefunden worden: Baumann'sche Kapseln stark dilatirt, die Nierenknäuel auf die Hälfte comprimirt; der Raum zwischen den Glomerulis und der Kapsel mit croupösem fibrinösem Exsudate reichlich ausgefüllt. — Epithelien der Harnkanälchen nur sehr wenig, oder gar nicht verändert; strotzende Füllung der Gefässe mit Blut, Extravasate im Reticulum, namentlich in der Nähe der Glomeruli, seltener in den Harnkanälchen.

Dieser Befund spricht für eine fibrinöse Entzündung der Baumann'schen Kapseln; Hyperämie der Gefässe und Extravasate können, nach J., als begleitende Erscheinungen angesehen werden. — Die Art der anatomischen Veränderungen in den Nieren bei Glomerulitis exsudativa lässt die Möglichkeit einer vollkommenen restitutio ad integrum voraussetzen, da die Exsudatmassen leicht resorbirt und ausgeschieden werden können.

Krusenstern (Petersburg).

---

384. **Dr. Ostapennko, Ueber die Entstehung der hyalinen Cylinder.** (Archiv veterinarnich nauk, 1881. Juni.)

Verf. ist auf experimentellem Wege zu der Ueberzeugung gekommen, dass die hyalinen Cylinder aus dem Epithel der Harnkanälchen herstammen, dass man dieselben nicht als ein Exsudat (Klebs, Förster, Rindfleich, Neubauer und Vogel) oder als eine Ausscheidung des Epithels (Rovida, Oertel), auch nicht als ein Product des Eiweisses und seiner Derivate (Bartels) ansehen könne. Das Auftreten der hyalinen Cylinder steht nicht im directen Zusammenhange mit dem gesteigerten Blutdruck oder mit dem Eiweissgehalt des Urins. — Nach O.'s Versuchen, enthält bei Unterbindung der venae renales der eiweisshaltige Harn in den ersten 2 Tagen keine hyalinen Cylinder; sie wurden erst später gefunden; zu gleicher Zeit wurden auch die Uebergangsformen von Epithelien angetroffen. — Nach Unterbindung der Aorta oder einiger grosser peripherischer Arterien wurden hyaline Cylinder im Harn nicht wahrgenommen. Der Harn enthielt dagegen beständig viele hyaline Cylinder, sobald das Experimentthier innerlich tinctura cantharidum erhalten hatte; die mikroskopische Untersuchung der Nieren ergab in diesem Fall, dass die hyalinen Cylinder nicht allein in Harnkanälchen eingeschlossen waren, sondern dass auch die Baumann'schen Kapseln dieselben enthielten.

Krusenstern (Petersburg).

---

385. **Dr. Dennissenko, Beiträge zur Lehre über die Bright'sche Krankheit.** (Wratsch 1881. Nr. 14.)

1. Die Krankheitserscheinungen bei morbus Brighti werden nicht durch parenchymatöse Entartung oder durch Endzündung der Nieren bedingt; die Endzündung ist bloss eine secundäre Erscheinung und wird durch Verstopfung der Glomeruli und der Harnkanälchen mit massigem Exsudate bedingt.

2. Im Beginn der Ausschwitzung ist das Epithel vollkommen normal und bietet keinerlei Veränderungen dar; diese letzteren (in den Glomeruli und in den Harnkanälchen) treten erst später auf.

3. Die Exsudation findet statt aus den Capillaren der Glomeruli selbst, nicht aus denjenigen Gefässen, welche die Glomeruli und die Harnkanälchen umringen.

4. Die Exsudation ist nicht eine Beschaffenheit der Glomeruligefässe allein, derselbe Process kann in jedem beliebigen Gefäss vor sich gehen; das Exsudat im ersten Fall ist nur ungewöhnlich massig; gleichartige Ausschwitzungen können in entfernt von Nieren gelegenen Organen beoabchtet werden.

5. Die Ausschwitzung kann zu gleicher Zeit in den Nieren und in verschiedenen Organen statt finden, z. B. im Auge, auch ehe die

Nieren eine Spur von Eiweiss ausscheiden; die Ausschwitzung kann desshalb auf Nierenerkrankung nicht zurückgeführt werden; D. nimmt an, dass die Ausschwitzung durch Gefässinnervationsstörung bedingt wird.

Krusenstern (Petersburg).

---

386. **W. R. Gowers,** M. D., F. R. C. P., **On Psoriasis from Borax.** (Lancet, Vol. II. Nr. XIII.)

Verf. erwähnt in einer kurzen Notiz 3 Fälle von Epilepsie, bei denen durch länger fortgesetzten Gebrauch von Borax Psoriasis aufgetreten war. Ein Kranker hatte seit 2 Jahren Borax genommen, anfänglich in 15 gran Dosen, später in 1 Scrupel-Dosen 3 mal täglich. Der andere hatte seit 8 Monaten die gleichen Dosen genommen. Bei beiden Fällen schwand die Psoriasis rasch durch den Zusatz von 5 Tropfen Liq. arsenic. zur Boraxdose. Ein dritter ganz analoger Fall stammt aus der Praxis des Dr. Spencer aus Clifton. In allen Fällen war Syphilis auszuschliessen, Flexoren- und Extensoren-Seite der Glieder war befallen, die Schuppen waren etwas dünner als es sonst zu sein pflegt.

Ludwig (London).

Neue Bücher.

Arène, Des adénites et des adéno-phlégmons de la region cervicale dans l'angine diphthéritique et dans la scarlatine. Paris, Delahaye et Lecrosnier.
Barbier, Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typhoide par l'acide phénique. Paris.
Bay, Contribution à l'étude de la grenouillette sus-hyoïdienne. Paris.
Bouret, Introduction à l'étude des tumeurs avec figures. Paris, Masson. 4 fr.
Boussenot, Du traitement des hernies irréductibles par les injections sous-cutanées de morphine. Paris.
Briand, Leçons de clinique médicale (maladies de la gorge, de l'estomac etc.). Angers.
Brun, De l'arthrite aiguë d'origine blennorrhagique. Paris, Delah. et Lecr.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 20. Oktober. Nro. 27.

387. **Dr. O. Seifert,** Assistenzarzt an der medicinischen Klinik zu Würzburg, **Ein Fall von Diabetes mellitus mit Typhus abdominalis.** (Wiener Medicinische Wochenschrift.)

Verfasser behandelt einen Fall einer bis jetzt noch selten beobachteten Complication von Diabetes mellitus mit Typhus abdominalis.

Für die im Verlaufe des Diabetes mellitus während des Spitalaufenthaltes begonnene und verlaufene acute fieberhafte Erkrankung war die Diagnose nach mehreren Seiten hin zweifelhaft: — schon vor der fieberhaften Erkrankung bestandene nachweisbare Veränderung an der l. Lungenspitze; — in den ersten Tagen der neuen Erkrankung, die mit Frost und Temperatursteigerung ziemlich plötzlich begann, wurden pleuritische Reibegeräusche an verschiedenen Stellen unzweifelhaft nachgewiesen, die im Zusammenhalt mit der Dämpfung an der l. Lungenspitze und wegen ihres „weichen Characters" den Gedanken an acute Miliartuberculose nahelegten.

Später stellte sich Eiweissgehalt des Urins ein, als dessen Ur-

sache das continuirliche, ziemlich hohe Fieber betrachtet wurde. Auch an Abdominaltyphoid wurde vorübergehend gedacht, doch fehlten alle diese Diagnose sichernden Erscheinungen.

So konnte die acute fieberhafte Erkrankung bis zu dem unter Convulsionen plötzlich eingetretenen Tode nicht mit Sicherheit diagnosticirt werden.

Die Section klärte die Sache auf: es fanden sich im Ileum frische typhöse Geschwüre, die Milz kaum vergrössert und schlaff, wie auch in den Fällen von Bamberger und Griesinger; die Nieren zeigten ausser Vergrösserung keinen pathologischen Befund.

Nach den früher beobachteten Fällen bewirken bei Diabetes mellitus intercurrente acute fieberhafte Erkrankungen eine Verminderung des Zuckergehaltes des Urins mit Ausnahme des Typhus abdominalis.

Dieser eine Punct hätte, wenn nicht gewisse Symptome mit grösserer Bestimmtheit auf andere Krankheitsformen hingewiesen hätten, die Diagnose des Abdominaltyphoids veranlassen können.

Aus den sämmtlichen bisher beobachteten Fällen ergiebt sich der Schluss Gerhardt's, dass der Verlauf des Abdominaltyphoid's bei Diabetikern gerade in den characteristischen Unterleibssymptomen vom gewöhnlichen ein wesentlich verschiedener ist.

Neidert (Würzburg).

---

388. **Dr. Treskin, Zwei Fälle von Verletzung der Wirbelsäule.**
(Esjenedelnaja klin. gaseta 1881. Nr. 8, 9, 10.)

In einem Fall war die Wirbelsäule durch Trauma verletzt: Pat. war bei gymnastischen Uebungen aufs Hinterhaupt voran gefallen; die Krankengeschichte ist besonders dadurch interessant, dass beim Pat. weder subjective, noch objective Athemstörungen beobachtet wurden, dagegen aber eine vollkommene Anästesie der rechten Köperseite, Sphincterlähmung, Priapismus. Die Besinnung blieb bis zum Tode vollkommen erhalten. — Bei der Autopsie stellte es sich heraus, dass der rechte proc. transversus des Epitropheus gebrochen und im 4. und 5. Wirbel sich Spalten befanden. — Verfasser betont, dass es schwer fallen würde, in ähnlichen Fällen sichere Diagnose und Prognose zu stellen.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen cariösen Process in der Halswirbelsäule; folgende Krankheitserscheinungen sind der Erwähnung werth:

1. Stürmische Respirationserscheinungen (Hustenanfälle, Dyspnoë, Cyanose), welche sich fast in jedem Monat anfallsweise einstellten; sonderbar dass diesen Anfällen Meteorismus gewöhnlich vorausging.

2. Die Temperatur stieg erst in den letzten 3 Tagen vor dem Tode (bis 40° C.).

3. Der Eiter war in den Pharynx durchgebrochen; in erster Zeit spie Pat. denselben heraus, später schluckte er ihn herunter; im colla-

birten Zustande aber gelangte der Eiter in die Bronchien und verursachte Erstickungstod.

Verfasser macht darauf aufmerksam, dass im ersten Falle Pat. trotz geringerer Verletzung bald (nach 2 Wochen) unter starkem Kräfteverfall zu Grunde ging, im zweiten dagegen bei ausgebreiteten Zerstörungen fast der ganzen oberen Hälfte der Wirbelsäule verhältnissmässig wenig gelitten hatte; die Krankheit bestand ca. $1^1/_2$ Jahr, als Pat. einer zufälligen Todesursache erlag.

Krusenstern (Petersburg).

---

389. **Dr. C. Langenbuch, Meine weiteren Erfahrungen über die Wirkung der Nervendehnung bei Tabes und anderen Rückenmarksleiden.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881, Nr. 24, 25, 26, 27.)

Die in diesem Aufsatz ausgesprochenen Erfahrungen erstrecken sich auf 28 operirte Fälle. (Neuerdings hat L. noch sehr viele mehr operirt.) Es befinden sich darunter 16 Tabesfälle, von denen 6 weiter unten aufgeführte relativ geheilt wurden, während die übrigen noch zu frisch sind, um ein Urtheil zu gestatten. Gegenüber den neuesten therapeutischen Erfolgen hält L. den anatomischen Beginn der Tabes in den Hintersträngen, in den Hintersäulen und Seitensträngen sowie in den hinteren Nervenwurzeln nicht für unanfechtbar. Während für beginnende Tabes anatomische Untersuchungen in zu geringer Zahl vorlägen, habe er bei seinen Operationen sowohl in den Scheiden als in den Fasern der grossen Nervenstämme mannigfache makroskopische Veränderungen wahrgenommen. Analoge Beobachtungen machte auch Friedreich. Es ist demnach an eine Fortleitung des degenerativen Prozesses von peripheren Nerven zu den Hintersträngen zu denken, um so mehr als es bis jetzt unerfindlich ist, warum gerade die Hinterstränge und je nach der Höhe des RM-abschnittes ganz bestimmte Theilabschnitte derselben zu der Erkrankung prädisponirt sein sollten. An der Hand der Untersuchungen von Flechsig, Westphal u. A. über Bau und Funktion des RM lässt sich dagegen die vorwiegende Affection der Hinterstränge erklären, wenn man die Primäraffektion in die Peripherie verlegt. Nach Flechsig stehen die Goll'schen Stränge, die anfangs bei der Tabes frei bleiben, ihrer Hauptmasse nach in keiner direkten Verbindung mit den peripheren Nerven, während die Keilstränge, die nach Pierret und Westphal zuerst degeneriren, als direkte Fortsetzungen der peripheren Nerven zu betrachten sind. Ferner ist nach Westphal ein Anfangssymptom der Tabes: das Verschwinden des Kniephänomens, zu beziehen auf eine Erkrankung der medianen Hälfte der Keilstränge, also desjenigen RM-theiles, welcher nach Flechsig „als direkte Fortsetzung der eintretenden hinteren Wurzelfasern einen möglichst direkten und unmittelbaren Verkehr des RM mit der Aussenwelt und deren Schädlichkeiten unterhält. Weiter

wird angeführt, dass nach Leyden u. A. als einzige direkte Ursache der Tabes der Erkältungsinsult anzusehen sei, und dass hierbei die Centripetalität der Empfindungsnerven „durch die Verbreitung der abnormen Erregung längs den Stämmen und Wurzeln" sich verderblich geltend mache. Der Umstand aber, dass die hochgradige Bindegewebssklerose sich nur im RM und nicht so auffällig in den peripheren Nerven findet, dürfte sich daraus erklären, dass das interstitielle Bindegewebe in dem ersteren einen ganz anderen morphologischen Charakter trägt wie in den peripheren Nervenstämmen. Darf man ein centripetales Weiterkriechen eines peripher auftretenden (entzündlichen und degenerativen) Prozesses mit Recht annehmen, so führt sein Weg nothwendig in die Keilstränge und kann hier in dem anders beschaffenen Gewebe sich verfangen und per contiguitatem Seitenstränge, Hintersäulen, hintere Wurzeln ergreifen und nunmehr sekundär zu einer progressiv primären Centralerkrankung führen. Verf. hält es also für höchst wahrscheinlich, dass die Lokalisation der Tabes in die Hinterstränge nicht einer „Caprice der Natur entstammt, sondern dass sie sich im Marke mit Nothwendigkeit gerade dort und nicht anderswo manifestiren muss, wenn die von der Aussenwelt unseren Nervenendapparaten zugefügten Schädigungen der normalen Gewebsernährung im schlimmeren Falle auf den vorhandenen centripetalen Wegen bis zum Centralorgane vordringen". Im günstigeren Falle, wie bei der selbständigen oder der nach Pocken, Diphtheritis, Typhus auftretenden akuten Ataxie, verlaufe die Störung wahrscheinlich nur in den peripheren Nerven. Ebenso wie hierbei eine Funktionsunterbrechung der die Coordination vermittelnden centripetalen Fasern anzunehmen sei, glaubt Verf. auch von den tabischen Schmerzen annehmen zu dürfen, dass sie nicht immer excentrische seien, sondern meist peripher durch Reizung der schmerzleitenden Bahnen bedingt würden.

Die heilende Wirkung der Dehnung grosser Nervenstämme erblickt L. in einer Anregung der Leitungsvorgänge, namentlich auch in der (von Brown-Séquard konstatirten) Anregung der vikariirenden Leitungen, sowie in einer günstigen Beeinflussung der Prozesse im Neurilemm und in der Neuroglia auf mechanischem Wege. Durch die Nervendehnung würden ähnliche heilsame Insulte gesetzt wie durch die Massage und den Muskelklopfer; ausserdem kommt vielleicht den bis in's RM sich fortsetzenden Zerreissungen der Bindegewebsscheiden ein Löwenantheil an dem guten Erfolge zu. Selbstredend kann die Nervendehnung ebensowenig wie irgend eine andere Therapie definitive Defekte in den Hintersträngen substantiell wieder ersetzen. Eine absolute Heilung ist daher nur da denkbar, wo noch keine definitive Nekrose eingetreten ist. Durch frühzeitiges operatives Eingreifen kann aber das offenbar langsam erfolgende Absterben der Fasern verhindert werden.

Bezüglich der nächsten Effekte der Operation stellt sich, „was für die mächtige specifisch nervöse Wirkung spricht", fast regelmässig eine deutliche Alteration von Puls und Athmung während der Traktionen ein. Diese nimmt L. auch als Maassstab für die aufzuwendende Kraft. Nach der Operation sind etwa vorhanden gewesene Schmerzen und das Kältegefühl unmittelbar verschwunden, die Sensibilität erleidet

keine unmittelbare Veränderung, dagegen wird das Allgemeingefühl in den Beinen bisweilen alterirt: ein Bein erscheint länger als das andere und dgl. Die Sensibilitätsstörungen bessern sich oft schon am nächsten Tage, bisweilen auch erst einige Tage später. Oft ebenso schnell, meist aber etwas langsamer tritt nach vorübergehender Herabsetzung der groben Kraft eine Zunahme der Motilität und bald schneller, bald langsamer eine Abnahme der Ataxie ein. In über der Hälfte der Fälle traten einige Tage nach der Operation den früheren tabischen ähnliche Schmerzen in den operirten Gliedern auf, die jedoch in 4—5 Tagen wieder zu verschwinden pflegten. Verf. hält sie für reaktive Schmerzen in Folge der Operation. In Bezug auf die Blasen-Mastdarmfunktion zeigt sich bald eine deutliche Besserung, in einem Falle wurde auch bezüglich der Potenz ein positives Resultat erzielt. Nach 2—3-wöchiger Bettlage besteht noch motorische Schwäche beim Gehen, die sich aber relativ rasch verliert. — Sind nur ein oder zwei Nerven gedehnt worden, so empfiehlt es sich, bei nicht genügendem Erfolg die Operation an anderen Nerven folgen zu lassen. Neuerdings dehnt L. womöglich in einer Sitzung beide Ischiadici und Crurales. Es ist dem Verf. wahrscheinlich, „dass der nach der Operation beobachtete Rest einer Ataxie lediglich ein Ausdruck der perversen Muskelgewohnheit ist, welche auch nach dem Ausgleiche der zu Grunde liegenden Nervenstörung vom P. nicht sogleich abgelegt werden kann“.

Was das Anhalten der Besserung betrifft, so verspricht sich L. eine lange Dauer, vielleicht für immer. Ohne den heilkräftigen Einfluss der Bäder und der Electricität zu unterschätzen, hält er es für Pflicht, an erster Stelle die Nervendehnung vorzunehmen und dann erforderlichen Falles auf die genannten Mittel zu rekuriren.

Weiterhin werden einzelne Fälle von Tabes erörtert, zunächst ein (schon früher publicirter) Fall, in welchem einige Monate nach Beginn der Erkrankung durch die Dehnung beider Ichiadici und Crurales in 2 Sitzungen alle Schmerzen und die ataktischen Erscheinungen in den Unterextremitäten vollständig verschwanden. Bei einer später versuchten Dehnung des Medianus starb der P. an einer Herzlähmung. Der normale Befund des RM (Westphal) post mortem bestätigte L.'s Vermuthung von dem noch peripheren Sitz der Krankheit. Entweder war eine noch sehr junge Gewebsstörung im RM wieder vollständig ausgeglichen, oder was wahrscheinlicher ist, der in den peripheren Nerven angefachte Prozess war überhaupt noch nicht in's Mark hinaufgestiegen; nicht aber handelte es sich, wie Schüssler meint, um eine „Spinalneurose“. Die 5 folgenden Fälle von ausgesprochener Tabes, die zum Theil schon 7 Jahre und länger bestanden, zeigen eine eklatante mehr weniger vollständige Heilung durch die Operation. Eine Wiederkehr des Patellar-Reflexes wurde nie beobachtet.

2 operirte Fälle von Myelitis chronica boten ein weniger befriedigendes Resultat, 2 Fälle von Tetanus und Trismus endigten letal; jedenfalls dürfte hier nur eine unmittelbar nach Ausbruch der ersten Symptome vorgenommene Operation Aussicht auf Erfolg bieten. In einem Falle von progressiver Muskelatrophie war nur wesentliche Abnahme der fibrillären Zukungen zu verzeichnen. Bei einem unilateralen Fall von Seitenstrangsklerose wurde ein wahrhaft

glänzendes Resultat erzielt; weitere 5 Fälle sind bereits neuerdings zur Operation gelangt. Von 2 Fällen multipler Sklerose (Combinationen der medullären, bulbären und cerebralen Form) wurde der eine deutlich, der andere in sehr erfreulicher Weise gebessert.

Schliesslich berichtet L. noch von 2 durch die Operation geheilten Hautkrankheiten. Bei einem Fall von universalem chron. Pemphigus wurde, nachdem die erkrankten Parthien durch Lister-Verband aseptisch gemacht waren, der rechte Ischiadicus gedehnt, da die Ausschläge deutlich symmetrisch und den Endausbreitungen gewisser Hautnerven entsprechend angeordnet waren und L. auf die Annahme einer centralen Innervationsstörung hinwiesen. Sofort verschwanden alle Blasen und Borken an allen Körpergegenden, ohne dass neue Eruptionen auftraten. Leider starb das Kind bald darauf an Diphtherie. Ebenso wurde ein von Pruritus senilis univers. befallener Greis durch Dehnung des rechten Ischiadicus von seinem Jucken fast gänzlich befreit.

Der Nervendehnung kommt also zweifellos ein grosser Einfluss auf das gesammte Nervensystem zu, sei es peripher, sei es central. Auch andere RM-Krankheiten ausser der Tabes sind ihrer regulirenden Wirkung zugänglich. Der Grad der Besserung, der manchmal an vollkommene Heilung gränzt, hängt von dem Stadium des Leidens ab. Doch werden oft gerade in den schwersten Fällen prägnantere Besserungen beobachtet als in weniger entwickelten.

Ueber die Technik der Operationen will sich L. in einer späteren Arbeit aussprechen.

Ueber die Dauer des Heilerfolges fehlt noch jede Erfahrung. Doch ist kein Grund für schlimme Befürchtungen in dieser Beziehung vorhanden. „Aerzte wie Publikum dürfen im Ganzen und Grossen diese Antwort im Interesse der jemaligen Kranken wie der Wissenschaft nicht erst abwarten wollen . . . . Dem Kranken diene seitens seines Arztes die ermuthigende Versicherung, dass er unter dem Schutze der Antisepsis durch die Operation nichts verlieren, aber Vieles gewinnen kann“.

Stintzing (München).

---

390. **Dieulafoy, Du traitement de la pleurésie.** Zur Behandlung der Pleuritis. (Gaz. des hôpitaux, 1881, Nr. 83.)

Die Behandlung der Pleuritis theilt sich in eine medicinische und in eine chirurgische. Die medicinische richtet sich hauptsächlich gegen die Initialsymptome und zwar besonders gegen den Schmerz. Eines der einfachsten und wirksamsten Mittel gegen denselben sind trockene oder blutige Schröpfköpfe. Ferner wendet man mit Erfolg Morphin-Injectionen an ($^1/_2$—$^1/_1$ Pravaz'sche Spritze einer 1%-Lösung). Die beim Publikum so beliebten Vesikatoren richten sich gleichfalls nur gegen den Schmerz; eine Ableitung und Verminderung des pleuritischen Ergusses wird durch dieselben nicht erzielt. Dagegen sind sie der Untersuchung hin-

derlich, und D. empfiehlt desshalb die Anwendung derselben nicht; jedenfalls müssen sie so klein als möglich genommen werden. Nimmt der Erguss zu, so tritt die chirurgische Behandlung, die Thorakocenthese, in ihr Recht. Trousseau machte dieselbe zum Gemeingut in der französischen Medicin; er führte sie aus mit dem einfachen Reybard'schen Troikart und erzielte gute Resultate. Die Operation ist entweder dringend oder diskutabel. Ist die ganze Seite gedämpft, und die Dyspnoe bedeutend, schätzt man den Erguss auf 2 bis $2^1/_2$ Liter, so soll ohne Aufschub operirt werden; denn Aufschub ist gefährlich. Selbst wenn nicht die ganze Seite gedämpft, wenn die Dyspnoe nur gering ist und der Erguss etwa auf 2 Liter geschätzt wird, kann durch Synkope oder durch Thrombose der Pulmonalarterien plötzlicher Tod eintreten. Ist dagegen der Erguss geringer (1,200 bis 1500 Gramm), so kann man warten. Aber weder schweisstreibende noch harntreibende Mittel, noch Vesikatore beschleunigen die Abnahme des Exsudates. Beginnt nicht (von selbst) die Resorption nach 30 bis 35 Tagen, so macht man die Thorakocenthese. Dieselbe wird mit einer Nadel Nr. 2 im 8. Interkostalraum am unteren Winkel des Schulterblatts ausgeführt. Niemals darf man mehr als ein Liter auf einmal ablassen, sonst drohen „albuminöse Expektoration“ und Tod; besser entfernt man ein 2. Liter am folgenden Tage; das dann noch Vorhandene wird resorbirt. — Bedient man sich durchaus reiner Instrumente, so wird durch die Operation niemals ein seröses Exsudat in ein purulentes verwandelt.

E. Bardenhewer.

---

391. **Senator, Zur Lehre von dem Doppelton in der Schenkelbeuge und den Kreislaufverhältnissen bei Aorteninsufficienz.** Vortrag, gehalten in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 8. Dezember 1880. (Ztschr. f. klin. Medic. Bd. III. Heft 1. pg. 147.)

Es ist Friedreichs Verdienst die Ansicht begründet zu haben, „dass in gewissen Fällen von Aortenklappeninsufficienz der Doppelton gar nicht ausschliesslich in der Cruralarterie entsteht, in die man ihn bis dahin allein verlegt hatte, sondern dass der eine Ton allerdings in der Arterie, der andere aber in der Vene entstehe, dass es sich in solchen Fällen also um einen arteriell-venösen, oder wie er es nennt um einen gemischten Cruraldoppelton handelt. Die von Friedreich angeführten Fälle betrafen Aortenklappeninsufficienzen, die mit Tricuspidalklappeninsufficienz complicirt waren. Die Methode Friedreichs durch ein Stethoscop zu hören, welches die beiden Gefässe, Arterie und Vene zugleich mit seinem Trichter bedeckt, um die in beiden entstehenden Geräusche gleichzeitig dem Ohre zuzulenken, ersetzt Senator durch eine andere. Senator kommt es vor allem darauf an, die Töne zu localisiren, er auscultirt deshalb gesondert und zwar vermittelst eines Sphygmophons. Ein ganz schmaler etwa 1 cm haltender Trichter mit einer dünnen Gummimembran überzogen; am andern Ende in einen Gummischlauch ausgehend, der mittelst eines olivenförmigen

Endstückes ins Ohr gesteckt wird. Die gesonderte Auscultation wird genauere Auskunft geben, als die Angabe Friedreichs, sich von der selbständigen Pulsation der Vene zu überzeugen (ihre Anschwellung bei Hustenstössen und Bauchpresse) und als seine Angabe, dass die beiden Töne bei verschieden starkem Drucke verschwinden. Denn die Pulsation beweist noch nicht das Tönen und verschiedener Druck muss auch nothwendig sein, um zwei Töne der Arterie zum Verschwinden zu bringen.

Senator liefert den Nachweis der Entstehung in zwei Gefässen an zwei Krankenbeobachtungen.

1. „Insufficienz der Aortenklappen und später der Tricuspidalklappe. Excentrische Hypertrophie beider Ventrikel. Pulsation der Leber, des Bulbus, der Jugularvene und der Cruralvene. Doppelton über den Schenkelgefässen". „An der Herzspitze ein schwaches systolisches Geräusch, mit der Diastole kaum ein Schallmoment zu hören; über der Aorta und auf dem Corpus sterni ein schwaches systolisches und lautes während der ganzen Diastole dauerndes rauhes Geräusch. Pulmonaltöne ziemlich deutlich, der zweite nicht verstärkt".

Von weiteren Schallerscheinungen werden erwähnt: Ueber den Carotiden ein dumpfes systolisches Schallmoment und schwaches diastolisches Geräusch. Ueber den Cruralgefässen nur ein Ton, auch in den Cubitalarterien ein Ton. Unter Zunahme der Dyspnoeanfälle und der Erscheinungen der Tricuspidalinsufficienz treten erst in der einen, dann in der anderen Schenkelbeuge, aber noch nicht constant Doppeltöne auf. Am 5. Tage nach der Aufnahme „constatirt man zum ersten male eine deutliche Pulsation der Cruralvene jederseits nach innen von der deutlich abzugrenzenden Arterie, deren Puls ein ganz kurzer Zeitmoment nach dem Venenpuls erschien". Mit dem Stethoscop hört man 2 Töne, deren einer nur als ein kurzer Vorschlag des zweiten der Ausdehnung der Arterie entsprechenden Tones erscheint.

2. Fall: „Insufficienz der Aortenklappen und der Tricuspidalklappe. Excentrische Hypertrophie beider Ventrikel. Pulsation der Jugularvenen, der Leber und Cruralvenen. Ueber letzteren ein Ton, welcher dem Arterienton vorausgeht. Verschwinden der Venenpulse in den letzten Tagen".

An der Herzspitze leises systolisches, lautes diastolisches Geräusch. Ueber der Aorta und auf dem Sternum lautes systolisches und diastolisches Geräusch. Carotis: systolischer Ton. „In der Schenkelbeuge sind jederseits zwei Töne, von denen der erste kürzer und weniger laut, dem zweiten unmittelbar vorhergeht". Zwei getrennte Pulsationen. „Mit dem Sphygmophon kann man Arterie und Vene getrennt auscultiren, und zwar erscheint der Venenton, während die Arterie zusammengepresst wird, leiser und dumpfer, der Arterienton, bei zusammengedrückter Vene lauter und heller". Als sub finem vitae nur noch 1 Puls, der der Arterie, in der Schenkelbeuge zu fühlen war, konnte auch nur noch 1 Ton, der Arterie, gehört werden.

S. bespricht dann die Eigenthümlichkeit des gemischten Doppeltones: das Auftreten des Pulses und Tones in der Cruralvene vor dem arteriellen Puls und Ton und erklärt die Beobachtung so, dass beide nicht den gleichen Weg zurückzulegen haben, sondern der Venenpuls

einen erheblich kürzeren als der Arterienpuls. (Venenpuls 35—39 cm, Arterienpuls 55—60 cm.)

Für die Prognose ist das Eintreten der Tricuspidalinsufficienz bei Aortenklappeninsufficienz sehr ominös.

S. nimmt nicht an, dass ein Gegensatz existire zwischen den Tricuspidalinsufficienzen, die zu einem Mitralfehler, und solchen die zu Aortenklappenfehlern hinzutreten (Friedreich), sondern dass gerade diese Complication die Unterschiede zwischen Mitral- und Aortenklappenfehlern verwische. Unterschiede bestehen in den subjectiven Beschwerden und in den Erscheinungen, welche aussergewöhnlichen Veranlassungen folgen. Ist die Compensation gestört, so besteht bei beiden Arten von Klappenfehlern ungenügende Füllung im arteriellen und Stauung im venösen Gebiete; und wenn zu Aortenklappeninsufficienz eine relative Tricuspidalinsufficienz hinzutritt, muss erst relative Mitralinsufficienz bestanden und Stauung im kleinen Kreislauf inducirt haben. Dieses Stadium führt zur Ausbildung der rechtsseitigen Hypertrophie und Dilatation, für welche sonst bei Aortenklappeninsufficienz kein Grund vorliegt.

Finkler.

---

392. A. Lesser, Die anatomischen Veränderungen des Verdauungskanals durch Aetzgifte. (Virch. Arch. LXXIII. Heft 2.)

Verf. findet in der Literatur mehrfach Widersprüche bei der Beschreibung der anatomischen Veränderungen, welche Aetzgifte im Verdauungskanal, besonders im Magen, bewirken. Er erörtert auf Grund eigener Beobachtungen sowohl an menschlichen Leichen als an Hunden die Erscheinungen, welche nach Einführung der gebräuchlichsten Säuren und Alkalien im tractus intestin. auftreten.

Sämmtliche Aetzgifte, sowohl Säuren als Alkalien bewirken in der Hauptsache gleiche anatomische Läsionen, die sich nur je nach dem Concentrations-Grade quantitativ von einander unterscheiden. Als charakteristisches Paradigma kann die Aetzwirkung der Schwefelsäure angesehen werden. Es spielen sich auch hier die von Cohnheim als constante Folgen der Aetzung am Frosch und Kaninchen beobachteten Processe ab: Hyperämie, Oedem, Emigration weisser und Diapedese rother Blutkörperchen, schliesslich Nekrose. Nur sind die Zeiträume zwischen den einzelnen Phasen des Entzündungsprozesses hier viel geringere als bei den von Cohnheim beobachteten Versuchsobjecten.

Bemerkenswerth ist, dass eine 0,1% Schwefelsäurelösung auf die Darmschleimhaut applicirt momentan deutliche Veränderungen hervorbringt, während eine 5% im Magen erst nach langdauernder Berührung an der Grenze des Erkennbaren stehende Wirkungen erzeugt. Noch empfindlicher wie die innere Oberfläche des Dünndarms gegen corrodirende Einflüsse ist das Lebergewebe und das Peritoneum.

Nach wirklicher Aetzung der Magenwand durch Schwefelsäure tritt weder eine Schwarzfärbung noch eine Volumsveränderung auf:

in der opak-grauweisslich gewordenen ausserordentlich brüchigen Schleimhaut erscheinen sogar unter dem Mikroscop die zelligen Elemente in Form und Anordnung wohl erhalten. Selbst die Blutkörperchen in den Gefässen sind intact (im Gegensatz zu der Aetzwirkung von Alkalien, nach welcher die Blutkörperchen zerstört angetroffen werden).

Uebrigens treten die Corrosionen der Schleimhaut nach Einwirkung der im Kleinhandel gangbaren 15—20% Schwefelsäure-Lösung gegen die irritativen Veränderungen sehr zurück. Dabei kommt es, wenn Extravasationen Platz greifen, zu einer Zunahme der Consistenz und der Dicke der Magenwand; diese geht aber bald in eine Consistenzverminderung über und zwar durch Lösung der Intercellularsubstanz, wie L. daraus schliesst, dass auch in den erweichten Massen die zelligen Gebilde in ihren Contouren sowie in ihrer Transparenz keine Veränderung erkennen lassen. Solche aus erweichten Stellen stammende Epithelien finden sich nach L. nicht selten in dem ersten Erbrochenen nach Schwefelsäure-Intoxication, dem entsprechend dann häufig im Magen, in der Mitte der direct von der Säure getroffenen Partie, die mucosa vollständig fehlt.

Den nach Schwefelsäure-Vergiftung eintretenden Tod erklärt L. ausschliesslich durch Alkali-Entziehung des Blutes und hält dementsprechend eine Therapie indicirt, welche die dem Körper entzogenen Alkalien durch Einführung von solchen zu ersetzen sucht.

Die Vergiftung mit Salzsäure und Salpetersäure unterscheidet sich im Wesentlichen nicht von der mit Schwefelsäure. Für die Vergiftung mit Oxalsäure ist das constante Vorkommen von Krystallen oxalsauren Kalkes sowohl im Magen, im Darm, in den Nieren und zuweilen im Harn charakteristisch. Die Form dieser Krystalle ist in der Mehrzahl rhombisch, nadelförmig und Wetzsteinform-ähnlich. Briefcouvert-Form ist ausserordentlich selten. Während es nur in ganz seltenen Fällen durch Oxalsäure zur Aetzung der Magenschleimhaut kommt, findet sich bei der erweichenden Fähigkeit der Oxalsäure als häufiges Vorkommen die Magenperforation, die aber stets als postmortales Ereigniss anzusehen ist.

Die Einführung von Alkalien in den tractus intestinalis ist von genau den nämlichen Processen gefolgt, wie nach Application von Schwefelsäure oder Oxalsäure; auch das Mikroscop vermag eine Differenz zwischen diesen und den durch Säure erzeugten Nekrosen nicht nachzuweisen. Die Differenzial-Diagnose zwischen Säure- und Alkali-Intoxication ist von anatomischer Seite aber dadurch möglich, dass mit der Zunahme der Consistenz in Folge der Aetzung mittels Alkalien nicht wie bei der durch Säuren eine Zunahme der Brüchigkeit des Gewebes verbunden ist: selbst total nekrotisches Gewebe bleibt hier zäh und dehnbar. Nach Vergiftungen mit Cyankalium, Sublimat, Carbolsäure und Arsenik, die beträchtlich geringere irritative Fähigkeiten haben als die Mineralsäuren und Alkalien, ist es schwierig, ja schliesslich unmöglich, eine Differenzial-Diagnose zu stellen, wenn es sich um Lösungen handelt, die an der unteren Grenze der Irritantien stehen.

Schottelius.

393. **P. Cazeneuve** und **R. Lépine, Sur l'absorption par la muqueuse vésicale.** Ueber die Absorption durch die Blasenschleimhaut. (Gaz. d. hôpit. 1881. Nr. 111.)

C. und L. legten bei Hunden die Harnblase frei und unterbanden die Ureteren und den Blasenhals (mit Schonung der Gefässstämme). Dann stachen sie den Gipfel der Blase an und entnahmen aus derselben eine Probe Harn (I) zur Untersuchung. Nach Verschluss des Stiches wurde die Blase reponirt und die Wunde verschlossen. Vierundzwanzig Stunden nachher wurde dem lebenden Thiere die Blase entnommen und der Harn (II) wieder untersucht. Es ergab sich:

		Dichtigkeit,	Harnstoff,	Chlor. Natrium,	Phosphorsäure
1.	I		72		6,3
	II		54		5,2
2.	I		80		6
	II		62		5
3.	I	1028	21,5	7,6	1,0
	II	1027	19,0	8,0	0,98

Die gesunde Harnblase absorbirt also die normalen Harnbestandtheile. Dagegen werden bestimmte Arzneien von der gesunden Schleimhaut nicht resorbirt; dass das Strychnin nicht resorbirt wird, weisen C. und L. von Neuem nach.

E. Bardenhewer.

---

394. **Dr. Kohn, Ein Fall von Cystoma ovarii.** (Prczeglad lekarski 1880. Nr. 45.)

Verfasser berichtet über eine Operation der Ovarialcyste, welche bei hohem Fieber ausgeführt wurde. Die Temperatursteigerung trat nach einer Probepunction ein; da eine Erklärung anderwärts nicht aufzufinden war, so wurde die Vermuthung ausgesprochen, dass eine Eiterung in der Geschwulst sich entwickelt habe, vielleicht weil Luft in dieselbe eingedrungen war; es wurde rasch zu einem operativen Eingriff unter streng Lister'schen Cautelen geschritten. Das Resultat fiel sehr günstig aus: Heilung per primam, das Fieber wich allmählich und war nach ca. einer Woche geschwunden, die Pat. verliess das Krankenhaus vollkommen gesund. Die Cyste war in der That in Eiterung übergegangen.

Krusenstern (Petersburg).

395. **J. Schor, Multiple Exostosen bei einzelnen Mitgliedern derselben Familie.** (St. Petersb. mediz. Wochenschr. 1881. Nr. 38.)

S. berichtet über eine Familie, in welcher der Vater, ein Sohn, zwei Töchter und der Onkel des Vaters mit zahlreichen Exostosen an den verschiedensten Knochen behaftet waren. Er erörtert ausführlich die Aetiologie dieser erblichen Krankheit, insbesondere die Frage, ob dieselbe rhachitischen Ursprungs sei, und bespricht die Stoffwechsel-Veränderungen bei der Rhachitis. Er hält es für wahrscheinlich, dass die Rhachitis eine allgemeine Infektionskrankheit ist. Bezüglich der Genese der multiplen Exostosen glaubt er, aus den anatomischen Veränderungen der rhachitischen Knochen und berücksichtigend, 1. dass der Prozess die verschiedenen Theile einer und derselben Epiphyse nicht gleichartig afficirt, und 2. dass an den Stellen, wo Muskeln angeheftet sind, die Vorwucherung des Knochengewebes verstärkt ist, d. h. die Muskeln das weiche Gewebe in Form von Auswüchsen hervorziehen, schliessen zu müssen, dass der rhachitische Prozess zuweilen, anstatt des gewöhnlichen Befundes verdichteter, verbreiteter und verlängerter Epiphysen, gleichsam partielle Verdickungen und Auswüchse an den Punkten gebe, wo Muskeln befestigt sind.

E. Bardenhewer.

---

396. **Kunkel, Ueber das Vorkommen von Eisen im Harn und in melanotischen Tumoren.** (Sitzungsberichte der physikalisch-medicinischen Gesellschaft in Würzburg. 1881. Nr. 5.)

Die mittels Salzsäure aus dem Harn ausgefällten braunen Krystalle von Harnsäure sind mit einem eisenhaltigen Farbestoff vergesellschaftet. Der abfiltrirte Harn ist jedoch noch nicht eisenfrei, sondern man erhält durch Zusatz von harnsaurem Natrium und durch abermalige Ausfällung mit Salzsäure nochmals gefärbte und eisenhaltige Krystalle.

Aus melanotischen Tumoren kann man ebenfalls einen eisenhaltigen Farbstoff isoliren, wenn die zerkleinerten blutfreien Stückchen der Tumoren mit Natronlauge ausgezogen werden. Aus der so erhaltenen braunen Lösung bekommt man durch Uebersättigung mit Salzsäure den eisenhaltigen Farbstoff in brauen Flecken.

Seifert (Würzburg).

---

397. **Jules Simon, De l'emploi de l'alcool chez les enfants.** Ueber den Gebrauch des Alkohols bei den Kindern. (Progr. médic. 1881. Nr. 39. 40. und 41.)

S. bespricht ausführlich die Präparate, in welchen der Alkohol zu therapeutischer Verwendung gelangt, und die physiologischen Wir-

kungen, welche derselbe auf die verschiedenen Organe und Funktionen des Körpers ausübt. Er empfiehlt die Anwendung desselben bei Schwäche der Neugeborenen, bei Bronchitis capillaris und Pneumonie, bei Diphtheritis, bei bestimmten Formen der Dyspepsie, bei Herzschwäche und bei allgemeinen Schwächezuständen. Grossen Nutzen gewährt der Alkohol bei Behandlung des Fiebers, insbesondere wenn Adynamie und Collaps eintraten. Contraindicirt ist derselbe im Allgemeinen bei akutem Gelenkrheumatismus, bei Endo- und Pericarditis, bei Nerven- und akuten Hautkrankheiten.

Einzelheiten sind im Originale nachzusehen. Die Arbeit ist reich an für die Praxis bedeutsamen Angaben.

E. Bardenhewer.

---

398. **De Lacerda, Sur le permanganate de potasse employé comme antidote du venin du serpent.** Kalium hypermanganicum als Antidot des Schlangengiftes. (Gaz. d. hôpit. 1881. Nr. 112.)

L. injicirte das Gift des Bothrops, in destillirtem Wasser gelöst, Hunden in das Unterhautzellgewebe des Beines; es entstanden grosse Abscesse mit Substanzverlust und Zerstörung des Gewebes. Injicirte er aber gleich nach der Injektion des Giftes an derselben Stelle einprozentige Lösung von übermangansaurem Kalium, so zeigte sich keine Reizung und keine Infiltration. Brachte er das Schlangengift in die Venen, so wurden die Thiere durch eine nachfolgende Injection von übermangansaurem Kalium in die Venen erhalten, selbst wenn die Vergiftung deutlich ausgesprochen, und das Herz im Begriffe stand, stille zu stehen. In einer anderen Versuchsreihe injicirte L. das Gift in die Blase. Wenn daraufhin bedeutende Dilatation der Pupillen, Störungen der Athmung und der Herzbewegung, Contrakturen, Harn- und Koth-Entleerung eingetreten waren, so erwiesen sich Injectionen der Lösung von übermangansaurem Kalium als schnell und vollständig restaurirendes Gegengift.

E. Bardenhewer.

---

399. **Frey** und **Heiligenthal, Die heissen Luft- und Dampfbäder in Baden-Baden.** Experimentelle Studie über ihre Wirkung und Anwendung. (Leizig 1881.)

F. und H. haben an sich selbst experimentirt; die Einzelheiten der Versuchsanordnung etc. sind im Original nachzusehen. Sie untersuchten die Wirkung der heissen Luft- und Dampfbäder auf Innervation, Circulation, Respiration, Wärmebilanz und Stoffwechsel. Mit Winternitz nahmen sie drei Hauptfactoren als wirkend bei diesen Badeformen an:

1. den thermischen Hautreiz, 2. die Wärmezufuhr resp. -abgabe (letztere in den dem heissen Luft oder Dampfbade jedesmal folgenden kalten Vollbad und Douche); 3. die Gegenwirkung des Organismus gegen die durch die beiden ersteren in demselben hervorgebrachten Veränderungen. Ihre Ergebnisse sind folgende: Die Empfindlichkeit der Haut für leise Berührungen und geringe Temperaturdifferenzen ist während des Bades und besonders nach demselben erhöht. Im Allgemeinen ist der Einfluss dieser Bäder auf das Gesammtnervensystem so, dass durch sie das Allgemeinbefinden und das Kraftgefühl gehoben wird. Den Grund hierfür finden die Verf. darin, dass sich die während des Bades verengten Gefässe der nervösen Centralorgane nachher erweitern und daher die arterielle Zufuhr zu Letzteren steigt; vielleicht ist auch die durch den massenhaften Schweiss aus dem Organismus entfernte Milchsäure, die nach Preyer ermüdend wirkt, mit in Betracht zu ziehen. Die Circulation wird in der Weise verändert, dass zunächst beim Eintritt in den erhitzten Raum durch den thermischen Reiz Contraction der Hautgefässe, Steigerung des arteriellen Drucks und vermehrte Pulsfrequenz entsteht, und zwar im Dampfbade, das wegen der grösseren Wärmecapacität der Wasserdampf haltenden Luft einen energischeren thermalen Reiz ausübt, in höherem Maasse als im Luftbade. Bald aber tritt in Folge der starken Wärmezufuhr Erweiterung der Hautcapillaren ein; der arterielle Druck sinkt; das an der Peripherie erwärmte Blut reizt die Herzganglien und bewirkt erhöhte Pulsfrequenz. Mit dem Ausbruch des Schweisses wächst Pulsfrequenz und Temperatur langsamer. Im Dampfbade zeigt sich von Anfang an rascheres Ansteigen der Pulsfrequenz, da hier die Erwärmung des Blutes in Folge der geringeren Abkühlung durch verdunstenden Schweiss eine stärkere ist. In beiden Bädern, besonders aber im Dampfbade, wird der Puls allmählich weicher und leicht zu unterdrücken. Nach der Abkühlung durch Vollbad und Douche sinkt der Puls wieder auf die vor dem Bade beobachtete Frequenz. Der Lymphstrom wird während des Bades beschleunigt durch die anfängliche Contraction der muskulösen Apparate der Haut- und Lymphgefässe, nachher durch die bei der raschen Abkühlung sich einstellenden tiefen Inspirationen. Bezüglich der Respiration beobachteten F. und H. geringe Vermehrung und Verflachung der Athemzüge, am stärksten im Dampfbade, Verminderung und Vertiefung bei der Abkühlung in Vollbad und Douche. Die Temperatur in der Achsel steigt im Dampfbade anfangs rasch, bis sie die Rectaltemperatur, die zunächst nur langsam steigt, erreicht resp. um c. 1 ° C. überholt hat. Dann steigt auch die Temperatur im Rectum bis zu 2 ° C. über die Norm. Es wird also Wärme durch Haut und Lungen aufgenommen; ausserdem wird noch die bei der Condensation des Wasserdampfs in Form feiner Tropfen am Körper freiwerdende Wärme Letzterem zugeführt. Im Luftbade steigt wegen der Abgabe von Wasserdampf durch Haut und Lungen und der Verdunstung des in grosser Menge abgesonderten Schweisses die Temperatur viel langsamer. „Die Rectumtemperatur erhält sich lange auf der Norm, erst nach 30 Min. Aufenthalt im heissen Raume steigt sie um einige Zehntel. Beim Eintritt sinkt die Achseltemperatur um einige Zehntel (vielleicht in Folge der Verdunstung der letzten Spuren Wasser, die sich noch in der Achselhöhle befinden), steigt aber bald wieder und erreicht die Höhe der

Rectumtemperatur oder übersteigt sie selbst um mehrere Zehntelgrad". Im kühlen Frottirraum und noch mehr im Vollbad und Douche tritt bei den erweiterten Hautgefässen und tiefen Respirationen starke Wärmeabgabe ein. Nach dem Dampfbade muss die Abkühlung eine länger dauernde sein um die normale Temperatur wieder herzustellen, als nach dem Luftbade. Die Wasserabgabe durch Haut und Lungen im Luftbade reicht aus, den Nieren für die Wasserausscheidung des ganzen Tages ihre Arbeit um $^1/_3$ zu erleichtern; da ferner die Mehrabgabe des Wassers durch Haut und Lungen die Verminderung der Abgabe durch die Nieren weit übertrifft, so schliessen F. und H., dass durch die heissen Luftbäder eine bedeutende Vermehrung des Wasserkreislaufs angeregt wird. In weit geringerem Grade ist dies im Dampfbade der Fall. Bei beiden Badeformen geht das Sinken der täglichen Urinmenge Hand in Hand mit Vermehrung des specifischen Gewichts; Beides ist am stärksten am ersten Badetage. Die Harnstoffabsonderung ist am ersten Tage vermindert, nach F. und H., weil eine der vermehrten Harnstoffbildung entsprechende Ausscheidung bei der stark gesunkenen Urinmenge unmöglich ist. An den folgenden Badetagen ist dagegen die Harnstoff- und Harnsäureabsonderung bedeutend vermehrt, letztere beim Luftbad um das doppelte, beim Dampfbad um das dreifache. Diese Vermehrung der Harnstoff- und Harnsäureabsonderung lässt sich auch nach den Badetagen noch mehrere Tage verfolgen und nimmt von Tag zu Tag ab. Der Gewichtsverlust im Luftbade ist (wegen des starken Schweisses) bedeutender als im Dampfbade, wird aber rascher und vollständiger wieder ersetzt als der geringere Gewichtsverlust in Letzterem. F. und H. sind daher der Ansicht, dass das Dampfbad weniger den Kreislauf des Wassers, dagegen den Umsatz der Körperbestandtheile in hohem Maasse beschleunigt. Bezüglich der Indicationen der heissen Luft- und Dampfbäder unterscheiden F. und H. ihre Anwendung als diätetisches (Hautpflege), prophylaktisches (Abhärtung der Haut, Schutz vor Erkältungen) und eigentliches Heilmittel. Beide Badeformen, besonders aber das Dampfbad, verlangen zur Ausgleichung ihrer intensiven Wirkungen noch eine gewisse Resistenz und Reactionskraft des Badenden. Contraindicationen ergeben hohes Alter, grosse Schwäche und Gebrechlichkeit. Die Krankheitsformen, gegen welche F. und H. die qu. Bäder angezeigt halten, sind:

1. Die chronisch-rheumatischen und gichtischen Erkrankungen. Von Bedeutung ist hierbei die vermehrte Ausscheidung der Milchsäure im Schweiss, der Harnsäure im Urin und die vermehrte Energie und Widerstandskraft der Hautnerven gegen atmosphärische Einflüsse.

2. Scrophulose. Günstig wirkt die Anregung des Stoffwechsels, die Beschleunigung des Lymphstroms, besonders aber die rationelle Hautkultur, weil die Haut so sehr häufig der primäre Sitz der scrophulösen Entzündung ist und von hier aus krankhafte Vorgänge im Innern des Körpers angeregt werden.

3. Fettsucht. Contraindicirt sind die Fälle von grosser Herzschwäche in Folge von allzustarker Fettentwicklung am Herzen.

4. Constitutionelle Syphilis.

5. Krankheiten der Respirationsorgane, sowohl diejenigen, welche in causalem Zusammenhang mit einer der vorgenannten Constitutions-

anomalien stehen, als auch idiopathische, katarrhalische Erkrankungen des Kehlkopfs, der Trachea und Bronchien. Ein besonders günstiger Erfolg ist von den Dampfbädern zu erwarten, indem die eingeathmete warme, mit Wasserdampf gesättigte Luft lösend auf die Schleimmassen und tonisirend auf die erkrankten Schleimhäute wirkt. Bei pleuritischen Exsudaten kommt vor Allem die Vermehrung der wässerigen Ausscheidungen durch die Bäder in Betracht.

6. Krankheiten des Herzens. Contraindicirt sind Fälle von nicht compensirten Klappenfehlern, hochgradiger Entartung der Muskeln und Störungen der nervösen Bewegungsapparate, bei denen die im Bade stattfindende Beschleunigung der Herzaction schädliche Folgen voraussehen lässt. Günstige Wirkungen werden berichtet in zwei Fällen von Herzhypertrophie mit verschiedenen Complicationen.

7. Krankheiten der Unterleibsorgane, Plethora, Hyperaemie der grossen Drüsen, Congestivzustände der Magen- und Darmschleimhaut. Von Wichtigkeit ist die durch die Bäder hervorgerufene veränderte Blutvertheilung: Entlastung der inneren Organe und Anfüllung der erweiterten Hautgefässe. Bei den Erkrankungen der Niere kommt noch die vermehrte Ausscheidung von Wasser und Harnstoff im Schweiss und die dadurch eintretende Erleichterung ihrer Arbeit in Betracht.

8. Krankheiten des Nervensystems, besonders Neuralgien, die auf dyskrasischen Zuständen beruhen oder Verletzungen ihre Entstehung verdanken, sowie solche, die Theilerscheinungen allgemeiner Schwäche, Anämie, Hysterie, Hypochondrie sind, ferner peripherische Lähmungen, endlich die functionellen Erkrankungen des Rückenmarks ohne tiefere anatomische Veränderungen. Günstig wirken die Bäder durch die Hebung der Ernährung, Kräftigung des ganzen Organismus und — was besonders bei hysterischen Zuständen von Bedeutung ist — „des Nervensystems, wobei die Kräftigung des Willens, welcher durch die plötzliche Einwirkung sehr differenter Temperaturen auf den Körper geübt wird, von ganz besonderem Werth ist“.

9. Krankheiten der Haut: Acne, Psoriasis, Lichen, Ichthyosis, Pityriasis, Eczema und Prurigo; Schwäche der Haut mit übergrosser Empfindlichkeit und schlechter Ernährung.

10. Krankheiten der Knochen, der Gelenke und ihrer Bänderapparate, der Muskeln und Sehnen, wie sie besonders als Folgen der oben erwähnten constitutionellen Krankheiten, Gicht, Syphilis, Scrophulose etc. auftreten. Hier kommt neben den Bädern noch locale Behandlung durch Douchen, Massage etc. in Betracht.

Am Schluss ihrer Arbeit besprechen die Verfasser die Methode des Badens in den heissen Luft- und Dampfbädern; die hierauf bezüglichen Details sind im Original nachzusehen.

Brockhaus (Godesberg).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. **29. Oktober.** **Nro. 28.**

400. **Cornil, Note sur le siège des parasites de la Lépre.** Bemerkungen über den Sitz der Parasiten beim Aussatz. (L'Union med. Nr. 134.)

C. hat seine Untersuchungen theils an frischen, dem Lebenden exstirpirten Hautknötchen, theils an der Leiche entnommenen und in Alkohol erhärteten Präparaten gemacht. Erstere geben viel klarere und präcisere Bilder. „Die leprösen Hautknoten werden gebildet durch eine Infiltration des Papillarkörpers mit zahlreichen grossen Zellen von rundlicher oder etwas abgeplatteter und linsenförmiger Gestalt; dieselben liegen zwischen den Bindegewebsfasern, haben ovoide Kerne und sind als ausgewanderte und hypertrophische weisse Blutkörperchen anzusehen. Die Papillen im Centrum des Knotens sind nicht mehr zu unterscheiden, die drüsigen Gebilde und Haarfollikel atrophisch und zerstört. Die den Knoten bedeckende Epidermisschicht ist verdünnt, so dass die Oberfläche ganz glatt erscheint. Die Blutgefässe zeigen eine bemerkenswerthe Verdickung ihrer Wandung besonders der Intima, so dass sie auf dem Durchschnitt das Aussehen von geschichteten

Kugeln haben. Dieses Aussehen hat wahrscheinlich Neumann zu dem Ausspruch veranlasst, dass man colloide Kugeln in dem leprösen Gewebe findet". Um die der Lepra specifischen Bacterien zu sehen, sind Präparate, die der Einwirkung erhärtender Mittel ausgesetzt wären, wenig geeignet. Besser sieht man dieselben an frischen Zerzupfungspräparaten oder an Schnitten, die mit Methylanilin gefärbt sind (bezüglich der Details der Präparation siehe das Original). Bei der ersteren Methode bemerkt man in der Flüssigkeit rundliche Körner und sich lebhaft bewegende Stäbchen. In den Methylanilinpräparaten ist das Protoplasma der oben beschriebenen Zellen durchsetzt mit diesen Stäbchen, die sehr intensiv gefärbt sind und stark von dem wenig gefärbten Protoplasma und dem ungefärbten Bindegewebe abstechen. Sie liegen vereinzelt oder zu kleineren Bündeln verschmolzen. Neben den Stäbchen bemerkt man auch kleine längliche Körnchen. In der die Knoten bedeckenden Epidermisschicht finden sich diese Gebilde nicht. Dagegen hat C. dieselben in andern Organen, besonders in der Leber gefunden. Diese bot ganz das Bild der hypertrophischen Cirrhose mit starker Verdickung der interlobulären Gallengänge. Die Bacterien waren besonders reichlich vertreten in den neugebildeten Zellen des interlobulären Bindegewebes. Die Untersuchung der Nerven ergab Sclerose mit Verdickung der bindegewebigen, Atrophie der nervösen Elemente.

Brockhaus (Godesberg).

---

401. **David Drummond,** M. A., M. D.: **On certain changes observed in the spinal chord in a case of Pseudohypertrophic Paralysis.** Veränderungen am Rückenmark in einem Fall von Pseudohypertrophie der Muskeln (Syringomyelie). (Lancet 1881. Vol. II. Nr. XVI.)

Verfasser hat das Rückenmark eines aus der Praxis des Dr. Peast stammenden Falles von Pseudohypertrophie der Muskeln untersucht. Knabe von 14 Jahren, seit frühester Jugend Wadenmuskulatur hypertrophisch, konnte nie gut gehen, in seinem sechsten Jahr hatte er gastrisches Fieber, von da ab bis zu seinem Tod gänzliche Unfähigkeit zu gehen.

Achtzehn Monate vor dem Tod, der durch Lungenphthise bedingt war, trat Lähmung im linken Arm auf. Section des Rückenmarks: Membranen verdickt, Arachnoidea adhärent. In der Gegend über der Lendenanschwellung scheint am linken Seitenstrang ein ein und ein halb Cent. langer Tumor aufzusitzen. Nach Härtung und Durchschneidung des Rückenmarks stellt es sich heraus, dass der Tumor einen Hohlraum enthält, sonst jedoch aus den normalen Bestandtheilen des Rückenmarks besteht. Besonders deutlich auf der linken Seite, in gerin-

gerem Grade auf der rechten Seite, lässt sich in der grauen Substanz des Lenden- und Cervicalmarks Höhlenbildung nachweisen.

Die Höhlen sind nicht von einer Membran ausgekleidet, sondern einfach durch Continuitätstrennung in der grauen Substanz entstanden. Untersucht wurde nur Hals und Lendenanschwellung und Gegend des Tumors, auf Communication mit dem Centralcanal wurde nicht untersucht. Das Gewebe der grauen und weissen Substanz selbst schien normal (Abbildungen im Original).

Ludwig (London).

---

402. **Holst** (Riga), **Ueber das Verhältniss der Hysterie und einzelner nervöser Symptome zu der Gynäkologie.** (Archiv für Psychiatrie XI. Bd. 3. Heft.)

Verf. beabsichtigt durch vorliegende Arbeit auf einem von Neuropathologen und Gynäkologen bearbeiteten Felde einige Grenzmarken festzustellen, wo seiner Meinung nach die ausschliessliche Arbeit des Einen aufhören und die des Andern beginnen soll. Er verkenne nicht, dass Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane eine sehr häufige Ursache der Hysterie sind, doch nur dann wenn eine Prädisposition und zwar in den meisten Fällen eine hereditäre Anlage vorhanden ist. Der Vermittler zwischen Genitalerkrankung und den Symptomen der Hysterie ist ein besonderer Reizzustand in gewissen Nervengebieten der Genitalsphäre, derselbe kann indessen auch als selbstständige Neurose bestehen. Mag nun die Ernährungsstörung des gesammten Nervensystems, welche wir Hysterie nennen, auf die eine oder die andere Weise hervorgerufen sein, immerhin lässt sich nicht verkennen, dass dieselbe zu einem selbstständigen Krankheitszustande werden kann. Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse wird die Indication für die Therapie lauten: Herabsetzung des Reizzustandes und der gesteigerten Reflexerregbarkeit von den Uterinnerven aus mit reiflicher Ueberlegung, ob die mechanische Behandlung der Retroflexio etc. den Dienst auch leisten wird, welchen wir von ihr erwarten, oder ob sie nicht ein neues Reizmoment für die sehr empfindlichen sensibeln Gebärmutternerven abgeben wird. Von vielen Gynäkologen wird in dieser Beziehung oft ein Versehen begangen, die speciell interessirende Erkrankung zu sehr berücksichtigt, während die übrigen krankhaften Zustände ausser Acht gelassen werden. Den neueren Anschauungen von Frank (Centralbl. f. Nervenheilkunde 1880 Nr. 16) über die absolute Abhängigkeit der Hysterie von Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane wurde indessen bereits von gynäkologischer Seite entschieden entgegengetreten. Bei der Behandlung der Hysterie muss vor Allem die leichte Erregbarkeit des Nervensystems der Genitalorgane berücksichtigt werden, ferner ist nicht ausser Acht zu lassen die psychische Erregung, welche immerhin mit der Localbehandlung verknüpft ist.

Rücksichtlich der sogen. Ovarialhyperästhesie, deren Bedeutung

Charkot hervorgehoben hat, gelangt Verf. zu der Ansicht, dass dieselbe ein häufiges Symptom der Hysterie und eine reine Neurose ist, keineswegs bedingt durch entzündliche Vorgänge in den Ovarien. Ebenso betrachtet er die Dysmenorrhoe als reine Neuralgie des Uterus oder der Ovarien. Als negativer Beweis hierfür dient ihm das Factum, dass die Behandlung der Dysmenorrhoe zu den undankbarsten Aufgaben der Gynäkologie gehört, was nicht der Fall sein würde, wenn angeborne Enge des Cervicalcanals u. s. w. die Ursache des Leidens wäre.

Eickholz (Grafenberg).

---

403. **G. Ballet, Contribution à l'étude des réflexes tendineux; note sur l'état de la réflectivité spinale dans la fièvre typhoide.** Beitrag zur Lehre von den Sehnenreflexen; Mittheilungen über den Zustand der Reflexerregbarkeit im Typhus. (Progr. médic. 1881. Nr. 41 und 42.)

Die Reflexe und insbesondere die Sehnenreflexe sind eine Art der Reaktion des Rückenmarks; ihr Verhalten kann von Bedeutung werden für die frühzeitige Diagnose und die Prophylaxe der Krankheiten des Rückenmarks, welche man mitunter im Verlaufe des Typhus auftreten sieht. Strümpell fand die Sehnenreflexe bei Typhuskranken gesteigert, Petit-Clerk verringert. Die verschiedenen Stadien und die verschiedenen Arten der Krankheit lassen diesen Gegensatz nicht auffallend erscheinen. Ein Gesetz wird sich erst auf Grund sehr zahlreicher Untersuchungen und mit Berücksichtigung aller Umstände formuliren lassen. B. hat bei 17 Typhuskranken das Verhalten der Reflexe vieler Sehnen untersucht und die Form und den Ablauf derselben graphisch dargestellt. Die Reflexerregbarkeit war meistens gesteigert, niemals verringert. Aus einer der der Arbeit beigegebenen Zeichnungen, welche den Kniereflex darstellt, erkennt man deutlich alle Zeichen gesteigerter spinaler Erregbarkeit. Die Zeit zwischen dem Momente der Perkussion der Sehnen und der Reaktion des Muskels beträgt 42 Tausendstel einer Sekunde, während sie im normalen Zustand 50 Tausendstel oder mehr beträgt; die Curve der Muskelcontraction zeichnet sich aus durch ihre Höhe, durch die grosse Zahl der Modulationen und durch ihre Länge, welche einer Contractionsdauer von $^2/_3$ Sekunde entspricht, während dieselbe im normalen Zustande $^1/_2$ oder gar nur $^1/_3$ beträgt. Unter den 17 Fällen fanden sich 7 mit deutlich gesteigerter Erregbarkeit aller Sehnenreflexe; in 7 anderen war dieselbe eher gesteigert als verringert; in 3 Fällen endlich waren die Reflexe normal. Die 7 ersten Fälle verhielten sich in Bezug auf das Geschlecht des Kranken, auf die Art der Krankheit und die Zeit der Beobachtung verschieden. — Eine Schlussfolgerung aus der geringen Zahl der Beobachtungen würde also

ergeben, dass der Abdominaltyphus in der Mehrzahl der Fälle mit einer Steigerung der Reflexerregbarkeit des Rückenmarks verbunden ist.

E. Bardenhewer.

---

404. **Kannenberg** (Marienwerder), **Ueber das Sputum bei Lungenquetschung.** (Zeitschrift für klinische Medicin III, 3.)

Ein kräftiges Mädchen von 22 Jahren erhielt einen Schuss aus einem Revolver in schräger Richtung von Rechts her in die linke Brust; die Kugel traf die 2. linke Rippe ohne sie zu brechen, es wurde also weder Pleura noch Lunge direkt verletzt.

In der Nacht nach der Verletzung stellte sich Hämoptoë ein (2 Esslöffel Blut), doch fand sich nirgends Dämpfung, überall hörte man lautes Vesiculärathmen; nur beim Athmen bestand leichte Schmerzhaftigkeit. Nach 48 Stunden hörte die Hämoptoë auf und es begann nun die Expectoration von grauschwarzen zähen Massen (täglich etwa 2 Esslöffel voll), die bei der mikroskopischen Untersuchung als aus Alveolarepithelien und rothen Blutkörperchen bestehend sich erwiesen. Erstere waren theils mit Pigmentkörnchen, theils mit Fetttröpfchen, theils mit Myelinkörnchen besetzt. Die rothen Blutkörperchen sahen ganz frisch aus, und waren zwischen die Alveolarepithelien ziemlich gleichmässig verstreut.

Die Expectoration der Epithelien erreichte am 5. Krankheitstage ihren Höhepunct, um dann schnell wieder abzunehmen und am 15. Tage vollkommen wieder zu verschwinden.

Das gleichzeitig bestehende Fieber war wohl vom Schusscanal aus erregt, da dasselbe wieder verschwand noch ehe der Auswurf den Höhepunkt erreicht hatte.

Da weder Pneumo- noch Hämatothorax noch irgendwelche pleuritische oder pneumonische Affection entstand und an der getroffenen Rippe keine Deformität zu fühlen war, so musste man annehmen, dass die elastische Rippe der Gewalt der Kugel nach dem Innern des Thorax ausgewichen war und eine Quetschung der Lunge bewirkt hatte.

Verf. ist der Ansicht, dass Sputa wie in diesem Fall bei Lungenquetschung häufiger zu beobachten sein werden, da eine die Alveolen treffende traumatische Affection, welche weder mit Zerstörung des Gewebes verbunden ist, noch zu Entzündung führt, wohl geeignet erscheint, Bluterguss in die Alveolen und Desquamation von Alveolarepithelien herbeizuführen.

Seifert (Würzburg).

405. **Weil** (Heidelberg), **Zur Lehre vom Pneumothorax.** Klinischer Theil. (Deutsches Archiv für klinische Medicin 1881. Bd. XXIX. 3 und 4.)

In den 3 Abschnitten des klinischen Theiles seiner Untersuchungen erörtert Verf. die verschiedenen Formen des beim Menschen vorkommenden Pneumothorax, dann diejenigen Factoren, welche im gegebenen Falle die specielle Form des Pneumothorax bedingen und schliesslich die anatomische und klinische Differentialdiagnostik der verschiedenen Formen des Pneumothorax.

Bei beiden Formen, sowohl bei dem partiellen (circumscripten) als dem totalen (diffusen) Pneumothorax findet sich nur Luft in der Pleurahöhle (einfacher Pneumothorax) oder ausserdem noch Flüssigkeit (Hydropneumothorax). Es ist im Entstehungsmomente jeder Pn. ein offener, ist jedoch der Pneumothorax fertig, so lassen sich unterscheiden:

1. Der geschlossene Pn., der dann wieder organisch geschlossen (durch Verwachsung der Wundränder oder durch aufgelagerte Fibrinmassen) oder mechanisch geschlossen sein kann (Fistel durch Retraction der Lunge oder durch Gasdruck geschlossen).

2. Der offene Pneumothorax kann entweder nach Aussen, nach Innen oder doppelt offen sein.

3. Ventilpneumothorax kann sich entweder als ein mechanisch oder organisch geschlossener darstellen, der Hydropneumothorax kann ebenfalls einfach offen oder doppelt offen oder geschlossen sein.

Für die specielle Form des nach Perforation der Pleura pulmonalis entstehenden Pneumothorax sind massgebend: Form und Grösse der Perforationsöffnung, Beschaffenheit (Weite, Wegsamkeit, starre oder nachgiebige Wandung) der zuleitenden Bronchien und die Retractionsfähigkeit der Lunge; gerade der Effect dieser letzteren ist am Lebenden ungleich grösser als an der Leichenlunge.

Der im Verlauf von Lungenschwindsucht auftretende Pneumothorax ist in der Mehrzahl der Fälle ein Ventilpneumothorax.

Wenn der Verschluss an zuführenden Bronchien mit nachgiebiger Wandung und von kleinem Kaliber stattfindet, so dass sie durch den positiven Exspirationsdruck geschlossen werden können, so wird sich trotz grosser Perforationsöffnung dennoch ein Ventilpneumothorax entwickeln können. Offener Pn. wird entstehen, wenn durch grössere Bronchien mit starrer Wandung soviel Luft bei der Exspiration zurücktritt, als während der vorausgehenden Inspiration in die Pleurahöhle eindrang.

Da ferner bei dem exspiratorischen Verschluss der Fistel oder der zuführenden Bronchien die Retraction der Lunge eine wichtige Rolle spielt, so wird um so sicherer ein Ventilpneumothorax entstehen, je vollkommener nach stattgehabter Perforation die Retraction der Lunge erfolgen kann. Wenn diese nicht (Adhäsionen an der Brustwand, Infiltration des Gewebes) oder nur in unvollkommener Weise vor sich gehen kann, so wird unter sonst günstigen Umständen ein offener Pn. entstehen.

Die anatomische Differentialdiagnose der verschiedenen Formen des Pn. kann am sichersten auf manometrischem Wege entschieden werden. Bei offener Communication der in der Pleurahöhle befindlichen mit der äusseren atmosphärischen Luft muss der Druck im Pleurasack gleich dem atmosphärischen sein. Wird der Druck in der Pleurahöhle grösser gefunden als der atmosphärische, so kann es sich nur um geschlossenen oder Ventilpneumothorax handeln. An der Leiche ist die Bestimmung des Gasdruckes nicht schwer, man setzt eine konisch sich verjüngende Glascanüle mit einem Wassermanometer in Verbindung und sticht in den abpräparirten Intercostalraum ein, über dem man hellen lauten Percussionsschall findet.

Verf. hat in 6 Fällen den Druck der Gase an der Leiche bestimmt und stets den Druck positiv, zwischen 3 und 14 cm schwankend gefunden, es musste also während des Lebens geschlossener oder Ventilpneumothorax bestanden haben.

Von den klinisch-differentialdiagnostisch wichtigen Erscheinungen werden das tintement métallique Laënnecs, Höhenwechsel des tympanitischen Schalles (Wintrich) — des Metallklanges (Biermer), das Verhalten des Auswurfs (Wintrich, Biermer), die Verdrängungserscheinungen (Powell) und ganz speciell die Verwerthbarkeit der chemischen Zusammensetzung des in der Pleurahöhle befindlichen Gasgemenges besprochen. Wenn nämlich die Communication zwischen atmosphärischer Luft und Pleurahöhle frei ist, so muss sich das Gas immer wieder erneuern und wenn man mehrere Proben des Gases entnimmt, so müssen die letzten mehr Sauerstoff und weniger Kohlensäure enthalten als die ersten, andernfalls müssen die Proben stets dieselbe Zusammensetzung zeigen. Das „Wasserpfeifengeräusch" (Unverricht) und das „Lungenfistelgeräusch" (Riegel) sind nicht neue Symptome, wie dies Riegel selbst angibt, und kommen sicher in einer Reihe von Fällen unter günstigen Bedingungen zur Beobachtung.

Nach den Resultaten der Thierversuche und der an menschlichen Leichen angestellten Druckmessungen würde die Bestimmung des in der Pleurahöhle des Lebenden herrschenden Gasdruckes von der grössten Bedeutung sein, da sie die für die Prognose und etwaige operative Behandlung des Falles wichtige Unterscheidung zwischen organisch und mechanisch geschlossenen Pneumothorax gestattet.

Es kann der diagnostische Eingriff auch sofort zu therapeutischen Zwecken verwerthet werden, wenn man einen Fräntzelschen Troicart einmal mit einem Wassermanometer und zweitens mit einem Saugapparat in Verbindung setzt.

Seifert (Würzburg).

406. **Edinger, Zur Physiologie und Pathologie des Magens.** (Arch. f. kl. Med. XXIX. p. 555.)

I. Untersuchungen am gesunden Magen.

Zeitliche Verhältnisse des Auftretens freier Salzsäure im Speisebrei während der Verdauung.

E. hat eine grössere Anzahl Versuche sowohl an sich selbst, wie an Patienten seiner Krankenhausabtheilung in Giessen angestellt, die in der Art angelegt waren, dass feine, sandfreie, durch Behandlung mit Salzsäure von allen kohlensauren Alkalien befreite Schwämmchen, an $^3/_4$ m lange Seidenfäden befestigt und in Gelatinekapseln eingepackt verschluckt wurden, so zwar, dass das Ende des Fadens noch aus dem Munde herausragte. — Dabei musste dafür gesorgt werden, dass die Kapsel auch wirklich in den Magen und insbesondere in den Speisebrei gelangte, was meistens durch Verschlucken von einem Bissen Brod oder durch einen Schluck Wein erzielt wurde. — Nach etwa 15 Minuten, nachdem die Gelatinkapsel gelöst und der Schwamm sich vollgesogen hat, wird er an den Enden entfernt und sein Inhalt von 5—6 Tropfen Flüssigkeit in eine Uhrschale gesättigter Tropäolinlösung ausgedrückt; — die dunkelpurpurrothe Färbung desselben zeigt die Anwesenheit freier Salzsäure in der Flüssigkeit an, eine Reaction, die v. d. Velden in der Praxis der Klinik eingeführt hatte. Tropäolin wird in geringem Grade auch durch Milchsäure bis auf 0,5 % und durch Essigsäure bis auf 0,1 % Verdünnung roth gefärbt, dagegen durch Salzsäure noch bei 0,01 %; — ein Ausschütteln mit Aether giebt ihm aber bei den beiden genannten organischen Säuren seine ursprüngliche gelbrothe Farbe wieder. — Auch mit dem von Uffelmann empfohlenen Rothweinfarbstoff, als Reaction auf freie Salzsäure, wurden brauchbare Resultate erzielt. — Eine Anzahl Versuche am nüchternen Magen ergaben keine Salzsäurereaction.

Nach dem ersten Frühstück konnten manchmal nach $^1/_2$ Stunde Spuren freier Salzsäure nachgewiesen werden, gewöhnlich gelang der Nachweis derselben eine bis anderthalbe Stunde nach dem Frühstück; und war von diesem Zeitpunkte an häufig noch nach 5—6 Stunden freie Salzsäure im Magensafte zu finden. — Beim Mittagessen war gewöhnlich nach $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde freie Salzsäure nachweisbar, fehlte dann aber immer in der zweiten, zuweilen auch in der dritten Verdauungsstunde; gewöhnlich trat sie in der letztern wieder auf und wurde in der vierten Stunde nach eingenommener Mahlzeit in keinem Falle vermisst.

Die bis jetzt vorliegenden Untersuchungen lassen, wenigstens bei gemischter Nahrung, die zweite Stunde nach einer mässigen, die dirtte bis vierte Stunde nach einer reichlichen Mahlzeit als diejenige Verdauungsperiode erkennen, in der der Speisebrei eines gesunden Magens freie, überschüssige Salzsäure enthält.

II. Untersuchung des Magensaftes in einem Falle von Typhus abdominalis.

Ein Beitrag zur Lehre von dem Chemismus der Verdauung Fiebernder.

Anschliessend an die Untersuchungen Manasseïn's, Uffelmann's, v. d. Velden's und Sassezki's über den Gehalt des Magensaftes Fiebernder an freier Salzsäure, die bis jetzt noch nicht zu einem übereinstimmenden Resultate gelangt sind, befasst sich E. mit der gleichen Frage, zu deren Bearbeitung ihm ein Fall von Typhus abdominalis Veranlassung gab, der mit der unangenehmen Complication des Erbrechens einherging und dadurch Gelegenheit bot, grössere Mengen Magensaft während der hochfiebernden Periode wiederholt auf ihren Gehalt an freier Salzsäure zu prüfen.

In dem vorliegenden Falle konnte bei einer durchschnittlichen Tagestemperatur von 38,8 ° C. — 39,8 ° C. (einmal selbst bis 40 ° C.) stets in dem Erbrochenen, nach Genuss von Bouillon mit Fleischsolution, mit den bekannten Proben freie Salzsäure nachgewiesen werden.

III. Weitere Untersuchungen über Amyloiddegeneration des Magens.

Bei zwei mit allgemeiner Amyloidentartung der Organe und in Specie mit aus der Section sich ergebender Amyloidentartung der Magenschleimhautarterien behafteten Kranken war die freie Salzsäure des Magensaftes vermisst worden.

Die Amyloidentartung der Magengefässe ist keine seltene Affection und fand sich auch bei einer grösseren Anzahl von Fällen, bei denen die parenchymatösen Organe von diesem Processe befallen waren. Dabei wird nicht selten Amyloiddegeneration der Muskulatur und Dilatation des Magens beobachtet. Diesem Verhalten des Magens analog theilt E. noch einen Fall mit von enormer Ausdehnung des Colon transversum, dessen Muskelfasern zum grössten Theil in glänzende, die Amyloidreaction gebende Massen umgewandelt waren. Die Entstehung dieser Erweiterung erklärt sich sehr einfach aus der durch die gestörte Ernährung der Muskulatur bedingte Abschwächung der Peristaltik und der Widerstandslosigkeit der Magenwandungen gegen den Druck der Contenta. (Atonische Erweiterung, Kussmaul.)

In der Schleimhaut des amyloiden Magens werden sehr häufig Ulcera gefunden, meist mehrfach und flach, seltener tiefer gehend, zuweilen ganz von dem Charakter des runden Magengeschwürs.

Die Entstehung dieser Geschwüre erklärt E. dadurch, dass die in Folge der Amyloidentartung der Gefässe mangelhaft oder gar nicht mehr ernährten Schleimhautpartien der Verdauung anheimfallen; und zwar sind es nicht die amyloiden Partien, welche in die Geschwürsbildung eingehen, sondern die nicht amyloiden Gewebe, soweit ihre Blutversorgung von den degenerirten Gefässen aus ungenügend ist, durch den Verdauungssaft zerstört.

Ueber die Veränderungen, welche die physiologischen Functionen des Magens durch die amyloide Entartung seiner Gewebe und Gefässe erleiden, hatte E. an 5 Amyloidkranken Gelegenheit, Untersuchungen anzustellen, von denen bei 4 die Section Amyloidentartung der Magenschleimhautgefässe ergeben hat, während einer der Kranken, ein Phthisiker, mit multipeln periostitischen Processen zwar noch am Leben ist, aber alle Erscheinungen einer allgemeinen Amyloidentartung der Organe darbietet. Bei zwei dieser Kranken, welche oben bereits erwähnt, fehlte stets die freie Salzsäure im Magensaft; — auch bei einem der Gestorbenen und bei dem noch Ueberlebenden fehlte jedesmal zur Zeit der Untersuchung freie Salzsäure im Magensaft, während in dem 5. Falle von Lungenphthise, bei dem die Section ausgedehntere Amyloiddegeneration von Leber, Milz und Nieren, dagegen nur ganz geringgradige der Gefässe des Magens und Darms ergab, zweimal in der 4. Verdauungsstunde freie Salzsäure vermisst, einmal ganz deutliche, einmal zweifelhafte Reaction mit Tropäolin erhalten wurde. — Der Gehalt des Magensaftes an Pepsin scheint in keinem der Fälle vermindert gewesen zu sein. — Die Frage, ob das Fehlen oder die in nicht normaler Menge erfolgte Absonderung der freien Salzsäure auf die Gefässwandentartung zurückzuführen sei, oder ob andere Verhältnisse, namentlich die hochgradige Anämie hierfür causale Momente bieten, hält Verf. noch nicht für spruchreif; für beide Anschauungen liegen Anhaltspunkte vor. — Ebenso kann die Frage, ob die Betheiligung des Magens an der Amyloiddegeneration durch irgend welche Symptome während des Lebens erkennbar ist, zur Zeit auch nicht mit Sicherheit beantwortet werden. — Störungen des Appetits und der Verdauung, sowie Erbrechen sind hierfür keine pathognomonische Symptome abgesehen von einer Anzahl von Beobachtungen, bei denen die Amyloiddegeneration der Magengefässe den Appetit gar nicht beeinträchtigte. — Auch dem Erscheinen von Blut im Erbrochenen, das von einigen Autoren in Causalzusammenhang mit der Amyloiddegeneration der Magenschleimhautgefässe gebracht wurde, kann keine diagnostische Bedeutung beigelegt werden.

Engesser (Freiburg i. Br.).

---

407. **Wilh. Buchner, Ein Beitrag zur Lehre von der Einwirkung des Alkohols auf die Magenverdauung.** Aus der medic. Klinik des Herrn Prof. Leube in Erlangen. (Arch. f. klin. Med. XXIX. p. 537. 1881.)

Ueber den Einfluss des Alkohol auf die Verdauung waren bis in die neuere Zeit die Ansichten sehr getheilt; — die Hauptgesichtspunkte, die hier in Frage kommen, hat Dr. Fleischer auf der Naturforscherversammlung in Baden-Baden 1879 referirt. — Claude-Bernard hat an der Hand von Thierexperimenten zuerst constatirt, dass durch Einspritzen kleiner Mengen Alkohol oder verdünnten Weingeistes die Ab-

sonderung des Magensaftes gesteigert wurde, denselben Effect hatte Einspritzung von Aether. Durch starken Weingeist wurde dagegen die Secretion des Magensaftes aufgehoben und die Verdauung unterdrückt. Ob diese Resultate durch einen specifischen, chemischen Einfluss des Alkohols, oder durch die mechanische Wirkung desselben, als Reizmittel erzielt wurden, ist nicht erwiesen, wiewohl die chemischen Eigenschaften der Alkohols, die er ausserhalb des Körpers zeigt, wie seine Fähigkeit Fette aufzulösen, Eiweisskörper (spec. Peptone) und ihre Lösungen auszufällen, sowie seine gährungs- und verdauungshemmende Einwirkung, die Vermuthung nicht unwahrscheinlich erscheinen lassen, dass er auch die Vorgänge innerhalb des Organismus in derselben Weise beinflusse.

Für den Menschenmagen kommt dann noch in Frage, wie viel Alkohol nöthig sei, um das obenerwähnte zweite Resultat, die Störung der Verdauung, zu erhalten, da die meisten Menschen mehr oder weniger an geistige Getränke gewöhnt sind und desshalb ihre Magenschleimhaut auf grössere Mengen Alkohol möglicherweise ganz anders reagirt.

In einer kleinen Reihe von Versuchen konnte Kretschy (1876) an einer mit einer Magenfistel behafteten Patientin deutlich einen verlangsamenden Einfluss des Alkohols beobachten. B. bediente sich zu seinen Versuchen der Methode der Magenausspülung mittelst der weichen Gummischlauchsonde und des Trichters, wie sie von Prof. Leube in die Praxis eingeführt wurde. — Eine Reihe künstlicher Verdauungsversuche, welche B. zur Controle anstellte, ergab, dass die Pepsinwirkung durch eine bis zu 20 Procent Alkohol enthaltende Flüssigkeit nicht vernichtet wird, wenn sie auch bei einer mehr als 10 Procent enthaltenden verzögert wird.

Da die mit absolutem Alkohol gewonnenen Resultate befriedigend waren, so wurde von Versuchen mit den sog. Spirituosen, wie Branntwein, Cognac, Rum, Arak etc. abgesehen, da dieselben blos 20—60-procentige Mischungen von Alkohol mit Wasser darstellen, die noch ein den specifischen Geschmack bedingendes ätherisches Oel enthalten.

Anders verhalten sich die beiden andern überall verbreiteten und genossenen alkoholhaltigen Getränke: Bier und Wein.

Eine zweite mit Bier angestellte Versuchsreihe ergab eine bedeutende Verzögerung in verdünntem und eine gänzliche Behinderung der Verdauung in unverdünntem Bier. — Dass der nur in geringem Procentgehalt anwesende Alkohol dieses Resultat nicht bedingt, ergab sich daraus, dass der Zusatz von 1 ccm Alkohol absolut keine Verzögerung, sondern eher eine Beschleunigung hervorbrachte.

B. ist geneigt für diese verdauungshemmende Wirkung des Biers, nachdem ausser dem Alkoholgehalt auch die Hopfenbestandtheile sich als ohne Einfluss auf die Verdauung erwiesen, und andere Stoffe, wie Milch- oder Essigsäure, sowie Kleber nicht herangezogen werden können, die Salze desselben verantwortlich zu machen und glaubt deren Wirkung durch die Annahme erklären zu können, dass die neutralen Salze des Biers: phosphorsaures Kali, phosphorsaure Magnesia, phosphorsaurer Kalk und Kieselerde, sobald sie mit der bei der Verdauung wirksamen freien Salzsäure zusammentreffen, sich in saure Salze

umwandeln, so die Säure der Verdauung entziehen und letztere auf diese Weise verlangsamen oder aufheben. Diese Theorie gewinnt an Wahrscheinlichkeit durch zwei in dieser Richtung angestellte Versuche, bei denen durch weiteren Zusatz von Salzsäure die durch das Bier sistirte Verdauung wieder in Gang gebracht und zur Vollendung geführt werden konnte.

Durch eine dritte Versuchsreihe wurde der Einfluss des Weines zu erforschen versucht. Hier muss vor Allem der Alkoholgehalt der einzelnen Weinsorten berücksichtigt werden, indem die leichteren deutschen Weine von 6—10% Alkohol wohl voraussichtlich einen andern Einfluss geltend machen wie die schwereren französischen Weine mit einem Alkoholgehalt von bis 15% und die südlichen Weine, die, wie der Marsala mit einem Spritzusatz, wegen der Haltbarkeit, bis zu 25% Alkohol enthalten.

Das Resultat war folgendes: Selbst die leichten Frankenweine (78er Kitzinger, 74er Reppendorfer) verzögerten die Verdauung und zwar um ein beträchtliches mehr, als eine entsprechende Alkoholmischung. Noch auffallender trat dies bei Versuchen mit Rothweinen (Oberingelheimer, Bordeaux) zu Tage.

Ebenso schlecht verdauten, wie es bei dem hohen Alkoholgehalt nicht anders zu erwarten war, hochgestellte Ungarweine.

Am allerschlechtesten aber bewährte sich der als „Magen"- oder „Sanitätswein" so vielfach angepriesene Marsala, da er selbst mit der Hälfte Wasser verdünnt noch jede Verdauung verhinderte. — Versuche mit moussirendem Rheinwein angestellt ergaben ein ziemlich günstiges Resultat. Bezüglich der Frage über den Grund der Verlangsamung resp. gänzlichen Behinderung des Verdauungsprocesses bei Gegenwart der verschiedenen Weinsorten, ist B. an der Hand der künstlichen Verdauungsversuche nicht zu einem befriedigenden Schlusse gekommen. — Waren nun durch die künstlichen Verdauungsversuche auch werthvolle Resultate erzielt worden, die vielleicht in mancher Hinsicht sich auf die natürliche Verdauung im menschlichen Magen übertragen lassen, so darf auf der andern Seite nicht vergessen werden, dass die Wände des lebenden Magens sich auch vergleichen lassen mit denen einer Glasflasche, dass das verdauende Ferment nicht nur einmal den Ingestis zugesetzt wird, sondern eine Zeit lang immer wieder frisch abgesondert wird, dass ferner die Ingesta nicht mit den reinen alkoholhaltigen Getränken in Berührung kommen, sondern stets durch andere Flüssigkeiten (Suppe etc.) verdünnt werden und dass endlich vom gesunden Magen die alkoholhaltigen Flüssigkeiten in ziemlich kurzer Zeit resorbirt werden.

Bei einer Reihe von Ausspülungsversuchen, die B. an einigen Patienten anstellte, wurde das Bier und der rothe Ingelheimer, wie bei den künstlichen Verdauungsversuchen angewendet. — Mit absolutem Alkohol und Branntwein wurde aus Rücksicht auf die meist weiblichen Patienten kein Versuch gemacht. — Die Versuche waren so angeordnet, dass die betreffende Person Mittags 12 Uhr ihr Mittagsmahl mit der betreffenden Menge Wein oder Bier einnahm und sich dann bis 6 Uhr jeglicher Speise enthalten musste, zu welcher Zeit der Magen ausgespült und dann ein reichliches Abendessen gewährt wurde. —

Am nächsten Tage wurde dann jeweils die Verdauung ohne Zusatz von Wein oder Bier geprüft. — Aus den Versuchen ging hervor, dass Wein und Bier die (natürliche) Verdauung zwar nicht beträchtlich aber immerhin etwas verlangsamen; und glaubt B. auch die weitere Behauptung, wenn auch mit aller Reserve aufstellen zu können, dass ganz grosse Mengen dieser Getränke die Verdauung ganz aufzuheben im Stande seien.

Bei behinderter oder aufgehobener Resorption seitens der Magenschleimhaut, sowie bei mangelhafter Secretion von Magensaft, wie solches beim chronischen Magenkatarrh der Fall, wird die Magenverdauung dem künstlichen Versuche in der Glasflasche immer ähnlicher werden, und der Einfluss der eingeführten Alkoholien dementsprechend auch in erheblicher Weise sich geltend machen, als beim gesunden, resorptions- und secretionsfähigen Magen.

Die Resultate seiner Versuche stellt B. schliesslich in folgenden Punkten zusammen:

1. Alkohol als solchen hat bis zu 10 Proc. keinen Einfluss auf die künstliche Verdauung.
2. Bis zu 20 Proc. zugesetzt, verlangsamt es den künstlichen Verdauungsprocess.
3. Bei höherem Procentsatz hebt er denselben ganz auf.
4. Bier hindert, wenn unverdünnt, den künstlichen Verdauungsprocess gänzlich; mit Wasser verdünnt verzögert es ihn.
5. Ebenso die Roth- und Weissweine, während Weissweine auch unverdünnt nur eine Verzögerung zur Folge haben.
6. Bei natürlicher Magenverdauung scheint das Bier eine verdauungsverschlechternde Einwirkung zu besitzen (auch schon in kleinen Quantitäten).
7. Ebenso der Wein.
8. Bei gestörten Resorptions- und Secretionsverhältnissen der Magenschleimhaut wird sich diese Einwirkung bis zur völligen Behinderung des Verdauungsprocesses steigern können.

Engesser (Freiburg i. B.).

---

408. **De Renzi, Proporzione dell' acido fosforico e dei fosfati alcalini e terrosi nelle urine degl' infermi.** Ueber das Verhalten der Phosphorsäure und der alcalischen und Erdphosphate im Harn der Kranken. (Ann. univ. di med. e chirurg. 1881. Heft 8.)

R. hat in 1879—80 244 Untersuchungen des Harns auf seinen Gehalt an Phosphorsäure und ihren Salzen bei den verschiedensten Krankheiten angestellt. Seine Resultate sind folgende:

1. Ein vollständiges Schwinden der Phosphorsäure aus dem Harn wird in keiner Krankheit, selbst nicht unmittelbar vor dem Tode, beobachtet. Es entspricht dies der grossen physiologischen Bedeutung, welche diese Säure und ihre Salze für den Organismus haben.

2. Es giebt keine Krankheit, in der eine constante und absolute Vermehrung oder Verminderung der Phosphorsäure vorkommt. Die Grösse der im Harn ausgeschiedenen Quantität hängt vielmehr ab von der Nahrung, vom allgemeinen Ernährungszustand und von der Therapie. Fleischnahrung, reger Stoffwechsel und der Gebrauch von phosphorsauren Salzen vermehrt die Ausscheidung dieser Letzteren.

3. Die beträchtlichste Vermehrung der Phosphorsäureausscheidung im Harn findet man beim Diabetes mellitus. Sie erreicht hier im Mittel 5,036 gr pro die, während das tägliche physiologische Mittel 2,50 gr beträgt.

4. Bei Phthisis pulm. fand R. im Mittel täglich 2,766 gr, also eine geringe Vermehrung gegen das physiologische Mittel, während Stokvis bei Phthise eine geringe Verminderung constatirte.

5. Constant ist dagegen bei Phthise eine relative Vermehrung der Erdphosphate im Harn; R. vermisste dieselbe nur in einem Falle von mit beginnender Phthise complicirtem Diabetes, und glaubt als Grund dafür die ausschliessliche Fleischkost ansehen zu müssen. Bei Darreichung von phosphorsaurem und unterphosphorsaurem Kalk zeigte sich keine der eingeführten Menge entsprechende Vermehrung der Erdphosphate im Harn, so dass R. an eine theilweise Assimilation dieser Salze glaubt und ihre Darreichung bei Phthisis pulm. empfiehlt.

6. Die von Teissier als besondere Krankheit beschriebene und als „phosphatischer Diabetes" bezeichnete Vermehrung der Phosphorsäure im Urin existirt nach den Beobachtungen von R. nicht.

Brockhaus (Godesberg).

---

409. **De Renzi, Variazioni della quantità dell' urea segregata giornalmente in diverse malattie.** Ueber die Veränderungen der bei verschiedenen Krankheiten täglich ausgeschiedenen Harnstoffmenge. (Ann. univ. di med. e chirurg. 1881. Nr. 8.)

Die bisherigen Angaben der Autoren über die Verschiedenheit der Harnstoffausscheidung in den einzelnen Krankheiten stützen sich nach R. zum grossen Theil auf eine zu kleine Anzahl von Analysen. Die täglich ausgeschiedenen Harnstoffmengen schwanken ganz unabhängig vom Krankheitsprocess in weiten Grenzen, so dass nur aus einer längeren Reihe von Untersuchungen sichere Schlüsse gezogen werden können. R. hat bei 45 Kranken 660 Analysen des Harns auf den Gehalt an Harnstoff gemacht und kommt zu folgenden Schlüssen. Die Menge des täglich ausgeschiedenen Harnstoffs ist auch beim Kranken abhängig von der Quantität und Qualität der Nahrung, von der Thätigkeit des nervösen Systems, der Muskelarbeit, der Wärmeproduction, und dem Zustand der Muskeln und Nieren. Reichliche, eiweissreiche Nahrung erhöht die Harnstoffmenge, indess nur dann, wenn die Aufnahme und Assimilation der Nahrungsstoffe nicht beeinträchtigt ist.

So ist die Vermehrung des Harnstoffs beim Diabetes nur auf die reichliche Fleischkost zu beziehen, während die Krankheit an sich nach den Beobachtungen von R. ohne Einfluss auf die Harnstoffausscheidung ist. Das Fieber steigert die Harnstoffproduction in Folge der stärkeren Verbrennung höchstens um $^1/_4$, nicht, wie Liebermeister u. A. angeben, um $^1/_3$ bis $^2/_3$; die Steigerung würde nach R. eine viel beträchtlichere sein und das Doppelte der Norm erreichen, wenn nicht der verminderte Appetit und die gestörte Verdauung die Aufnahme und Assimilation der Nahrung sehr beeinträchtigten.

Erhöhte Erregung des Nerven- und Muskelsystems hat Steigerung der Harnstoffausscheidung zur Folge; so fand R. in zwei Fällen von Chorea minor die tägliche Harnstoffmenge während der Dauer der abnormen Bewegungen zu 29,6 und 22,3 gr, mit dem Aufhören dieser Letzteren sank sie auf 15,7 resp. 17,1 gr; bei einem Phthisiker beobachtete er Verminderung der Harnstoffmenge proportional der Vermehrung der Stunden des Schlafs. Bei paralytischen Erkrankungen sinkt die Harnstoffausscheidung, das Umgekehrte findet Statt, wenn dieselben von einem activen Zerstörungsprocess in den Nerven oder Muskeln begleitet sind. Von der Leber behaupten verschiedene moderne Physiologen und Kliniker, dass sie in hohem Grade die Eigenschaft besitze, N-haltige Stoffe zu zersetzen und Harnstoff zu bilden; dementsprechend müsste vermehrte Activität dieses Organes, wie sie bei der Hyperämie und der Entzündung zu erwarten ist, Steigerung der Harnstoffausscheidung, dagegen alle destructiven Processe, seien sie circumscripte oder diffuse, Sinken derselben zur Folge haben. R. fand in 6 Fällen von Cirrhose eine bedeutend unter dem physiologischen Mittel bleibende tägliche Harnstoffmenge; in wie weit hierbei die Erkrankung der Leber an sich oder die gleichzeitig bestehenden Verdauungs- resp. Assimilationsstörungen, besonders beim Vorhandensein von Ascites im Spiele sind, lässt er dahingestellt; in einem Falle von einfachem Ascites nach Peritonitis beobachtete er gleichfalls eine sehr beträchtliche Verminderung der Harnstoffmenge. Doch scheint ihm der Umstand, dass in einigen Fällen von Lebercirrhose mit hochgradigem Ascites nach der Paracenthese keine Steigerung der Harnstoffausscheidung eintrat, für den directen Einfluss der Lebererkrankung zu sprechen. Eine beträchtliche Verminderung in der Harnstoffausscheidung beobachtete er endlich bei der parenchymatösen und interstitiellen Nephritis und bei der amyloiden Degeneration der Nieren.

Brockhaus (Godesberg).

---

410. **Dr. Albrecht** (Bern), **Pilocarpin. muriat. gegen Pertussis.** (Arch. f. Kinderheilk. Zweiter Band. 12. Heft.)

Verf. hat dasselbe bei 10 Patienten zwischen $1^1/_2$ und 9 Jahren angewandt und empfiehlt es zwar nicht als Specificum, aber als untrügliches Abortivmittel gegen die schlimmste Periode der Krankheit,

wenn es früh genug gereicht wird. Er wendet dasselbe in folgender Formel an:

Pilocarpin. muriat. 0,025
Cognac f. Champ. 5,0
Syr. cort. Aur. 25,0
Aq. dest. 70,0.

Nach jedem Anfalle einen Thee- resp. Esslöffel für Kinder unter resp. über 5 Jahren zu reichen und im Laufe von 24 Stunden zu verbrauchen. Cognac setzt er hinzu zur Verhütung eines etwaigen Collaps. Die Wirkung des Mittels ist schon kurze Zeit nachher laryngoskopisch zu beobachten und besteht in vermehrter wässriger Ausscheidung und Nachlass der entzündlichen Erscheinungen der Schleimhaut. Das Mittel wurde ausgesetzt, sobald die Anfälle den katarrhalischen Charakter wieder annehmen. Zeigten sich nach 5 oder 6 Tagen wieder suffocatorische Anfälle, so wurde sofort wieder Pilocapin gereicht und dann mit ausnahmslosem Erfolge, welcher in der Abnahme sowohl der Heftigkeit als auch der Häufigkeit der Anfälle bestand. Abkürzung der ganzen Krankheitsdauer wurde nicht beobachtet, dagegen wurde ein schnellerer Uebergang in das katarrhalische Stadium regelmässig constatirt.

Neue Bücher.

Discussion sur la tuberculose et la scrofulose, collection des travaux communiqués à la société médicale des hôpitaux de Paris dans le cours de cette discussion. Paris, Asselin et Co.

Florez-Arteaga, De la congestion utérine et de la métrorrhagie d'origine névralgique. Paris.

Giraud-Teulon, La vision et ses anomalies, cours théorique et pratique sur la physiologie et les affections fonctionnelles de l'appareil de la vue. Paris, J. B. Baillière et fils.

Keroumès, Etude dscriptive et diagnostique de quelques éruptions dans le cours de la fièvre typhoïde. Paris.

La Cuevra, Contribution à l'étude des anévrysmes de l'aorte; Des anévrysmes multiples. Paris, Berthier.

Minière, Symptomes et diagnostic du testicule syphilitique. Avec 4 planches coloriées. Paris.

Lalesque, Etudes critiques et expérimentales sur la circulation pulmonaire. Anatomie, Physiologie, Applications pathologiques. Paris, Masson.

Loison, Contribution à l'étude du cancer du cardia. Paris.

Marchant, Des épauchements sanguins intracraniens consécutifs au traumatisme. Paris, J. B. Baillière et fils.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. und **Dr. D. Finkler,** a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 9. November. Nro. 29.

(Aus der medicinischen Klinik zu Bonn.)

Ueber den Einfluss der Anwendung transportabler pneumatischer Apparate auf die Circulation des gesunden Menschen.

(Eine experimentelle Untersuchung mittelst des von Basch'schen Sphygmomanometers.)

Von

Dr. R. Lenzmann.

Es kam bei der vorliegenden Abhandlung darauf an, die Effecte und die Nachwirkungen der verschiedenen bei der Anwendung der transportablen pneumatischen Apparate möglichen Athmungsmodificationen auf die Circulation, besonders auf den Blutdruck mit Zahlen zu belegen, sodann zu untersuchen, inwieweit bei dem Zustandekommen dieser Effecte neben den mechanischen Einflüssen auch solche im Gebiete nervöser Apparate eine Rolle spielen.

Die zur Lösung dieser Aufgabe nothwendigen Experimente sind mittelst des erst in neuester Zeit der Oeffentlichkeit übergebenen von Basch'schen Sphygmomanometers ausgeführt, eines Instrumentes, welches ermöglicht, den Blutdruck an der Radialarterie des Menschen direct in Zahlenwerthen zu bestimmen. Das bei der Construction dieses Instrumentes, dessen genaue Beschreibung sich in der „Zeitschrift für klinische Medicin" (II. B. 1. Heft. pg. 79) findet, verfolgte Princip gipfelt in der Möglichkeit, den Druck, unter welchem eine in einer elastischen Röhre fliessende Flüssigkeit steht, dadurch zu bestimmen, dass von aussen auf diese Röhre ein Druck ausgeübt wird, welcher das Lumen derselben zum Verschwinden bringt. Damit dieser Druck gleichmässig und auf möglichst viele Punkte der Oberfläche des oben erwähnten elastischen Rohres wirken könne, wird derselbe an dem Sphygmomanometer bewerkstelligt durch eine sogenannte „flüssige" Pelotte aus Seidenzeug, welche eine Quecksilbersäule trägt, so zwar, dass das Quecksilber, je nachdem mit der Pelotte ein grösserer oder geringerer Druck ausgeübt wird, steigt oder fällt und somit, eine höhere oder niedrigere Säule bildend, einen Massstab gibt für den Druck, welcher aufgewandt werden musste, um das Lumen des Rohres zum Verschwinden zu bringen. Es trifft diese Methode der Druckmessung der Vorwurf, dass bei derselben nicht allein der Druck gemessen wird, unter dem die in dem elastischen Rohre fliessende Flüssigkeit steht, oder, besser gesagt, nicht allein die Kraft, mit der die Flüssigkeit auf jeden Punkt der innern Oberfläche der Wand des Rohres drückt, paralysirt wird, sondern auch der Kraftwerth des Widerstandes gemessen werden muss, welchen das in Frage stehende elastische Rohr, falls es im leeren Zustande ist, dem Verschwinden seines Lumens entgegensetzt. Dieser Vorwurf fällt aber, wenn an der menschlichen Arterie experimentirt wird, fort, denn von Basch hat mit Recht darauf aufmerksam gemacht, dass — wie er an Arterien frischer Leichen constatiren konnte — nicht allein der Widerstand, den eine leere Arterie dem Verschwinden ihres Lumens entgegensetzt, ein äusserst geringer ist, sondern sogar ganz unberücksichtigt bleiben kann, weil der Muskeltonus, unter welchem eine lebende Arterie steht, bestrebt ist, das Lumen des Gefässes zum Schwinden zu bringen. Besondere äussere, das Experiment mit dem v. Basch'schen Instrumente complicirende Verhältnisse, wie die über der Art. radialis liegende Haut mit Panniculus adiposus, die ungeeignete Lage der Arterie bei vielen Menschen, die es unmöglich macht, dieselbe gegen eine feste Unterlage zu drücken, — was unumgängig nothwendig ist —, erheischen, wenn sie keine grössere Ungenauigkeiten zu Wege bringen sollen, eine besondere Uebung im Appliciren des Instrumentes und zwingen dazu, eine vorsichtige Auswahl unter den Versuchsobjecten zu treffen. Behufs Anstellung der Experimente zu unserm vorliegenden Zwecke ist das von Basch'sche Stativ, welches das Instrument mit seiner Pelotte gegen die Arterie vermittelst einer Schraube anzudrücken erlaubt, von Finkler derart modificirt worden, dass das Sphygmomanometer vermöge seiner eigenen Schwere die Arterie comprimirt, und, falls diese Compression zu stark ist, mittelst eines leicht handlichen Schraubenmechanismus rasch wieder gehoben werden kann. Dies so abgeänderte Stativ erlaubt eine mög-

lichst genaue Dosirung des Druckes und eine in kurz aufeinanderfolgenden Zeiträumen stattfindende Application des Instrumentes. Das jedesmalige Verschwinden des Pulses peripher von der Stelle des Druckes wurde durch den Finger des Experimentators constatirt.

Die Messungen, welche während des Valsalva'schen Versuches angestellt wurden, ergaben eine bedeutende Erniedrigung des Blutdrucks. War derselbe z. B. bei ruhiger Athmung 145 mm, so fiel er sofort im Anfange des Versuches, während dessen ganzer Dauer 3 verschiedene Messungen angestellt wurden, auf 115 mm, um dann anf 110 und schliesslich 100 mm zu sinken; als zweites Beispiel seien noch die entsprechenden Zahlen: vor dem Versuche 150, während desselben 120, 120, 115 mm angeführt. Dass gleich im Anfange des Versuches schon ein Sinken des Blutdruckes zu beobachten ist, kann nur bei Berücksichtigung der Wirkung des Valsalva'schen Versuches auf das Nervensystem erklärt werden. Waldenburg, der freilich während der ganzen Dauer des Versuches ein Steigen des Blutdrucks aus der Unterstützung der Herzarbeit durch den in der Lunge etablirten höhern Druck resp. durch die Verminderung der Saugkraft des Thorax erklären will, ist insofern Recht zu geben, als, wenn nur mechanische Momente in Betracht kommen, wenigstens am Anfange des Versuches ein Steigen' des Blutdruckes zu Stande kommen müsse. Denn abgesehen davon, dass — worauf Waldenburg ein allzu grosses Gewicht legt — unter dem Einflusse der während des Versuches verringerten Saugkraft des Thorax die Herzarbeit in geringem Maasse auf mechanischem Wege gefördert werden mag, wird gleich im Anfange des Versuches, wo die Lunge noch ein normales Blutquantum führt, eine grössere Blutmenge, als normal, durch den auf die Gefässoberfläche in der Lunge ausgeübten höhern Druck der Luft nach dem linken Ventrikel hin ausgepresst, so dass das arterielle System stärker gefüllt wird; der Druck im genannten System müsste desshalb steigen, wenn nur mechanische Verhältnisse im Spiele sind. Im weiteren Verlaufe des Versuches muss auch unter dem alleinigen Obwalten mechanischer Einflüsse ein Sinken des Blutdrucks zu Stande kommen. Denn dadurch, dass wegen Anwesenheit comprimirter Luft in der Lunge die Saugkraft des Thorax abnimmt, muss der Blutzufluss zum rechten Herzen erschwert werden, was eine unter dem Normalen liegende Speisung des linken Ventrikels und eine Stauung im Venensystem zur Folge haben wird. Beides muss aber ein Sinken des Blutdrucks bewirken, das Erstere, weil der linke Ventrikel nunmehr nur weniger Blut, wie normal, in das Arteriensystem einpumpen kann, das Letztere, weil, wie Zuntz und Lichtheim nachgewiesen haben, bei venöser Stauung der Druck im zugehörigen Arteriensystem sinkt. Bei der Analyse der beim Valsalva'schen Versuche in Frage kommenden mechanischen Verhältnisse kann also zunächst ein Steigen, dann ein Sinken des Blutdrucks erwartet werden. Dass dies anfängliche Steigen gar nicht in die Erscheinung tritt, sondern sofort im Anfange des Versuches ein sehr niedriger Blutdruck, der freilich im weiteren Verlaufe noch mehr sinkt, zu beobachten ist, kann nur aus dem Einflusse, den die in der Lunge enthaltene comprimirte Luft auf das Nervensystem ausübt, erklärt werden. Dieser letztere Einfluss ist derselbe, den Sommerbrodt schon beobachtet und durch

Experimente näher begründet hat; er fand, dass durch jede intrabronchiale Drucksteigerung beim Menschen die sensiblen Lungennerven gereizt werden, woraus Reflexwirkung auf die vasomotorischen Nerven im depressorischen Sinne und eben desshalb Verminderung des Tonus der arteriellen Gefässe, Erweiterung der Blutbahn und Sinken des Blutdrucks resultirt. Das Resultat mit Rücksicht auf das Verhalten des Blutdrucks beim Valsalva'schen Versuche kann so zusammengefasst werden: „Während des Versuches sinkt der Blutdruck um ein Bedeutendes. Wenn auch das niedrigste Maass desselben erst gegen Ende des Versuches hervortritt, so weicht doch der Druck am Anfange desselben nicht so sehr vom Minimum ab, dass er auf Grund der Rückstauung des venösen Blutes, eines Vorganges, der erst gegen Ende des Versuches in seiner ganzen Wirkung auf den Blutdruck in Kraft treten kann, erklärt werden könne, vielmehr muss der am Anfange des Versuches schon sehr niedrige Blutdruck durch einen Reflexakt zu Stande kommen, wie ihn Sommerbrodt bereits durch seine Untersuchungen am Menschen gefunden hat. Im weiteren Verlaufe des Versuches kommt zu diesem den Blutdruck herabsetzenden Reflexakte ein weiteres nach derselben Richtung hin wirkendes Moment, die Rückstauung des venösen Blutes hinzu, so dass ein Minimum des Blutdrucks resultiren muss".

Ausserdem ist bei dem in Frage stehenden Versuche regelmässig eine Steigerung der Pulsfrequenz zu beobachten, welche auch schon Hering in Folge von Lungenaufblasung an Hunden constatiren konnte. „Die Pulsfrequenz steigt, doch nicht so, dass dieses Steigen gleichen Schritt geht mit dem Abfallen des Blutdrucks, vielmehr hat der Blutdruck schon annähernd sein Minimum erreicht, während die Pulsfrequenz erst relativ wenig von der Norm abweicht, und doch ist sie schon auf dem Wege, zum Normalen zurückzukehren, während der Blutdruck, wenn auch nur noch kurze Zeit, unter der Norm bleibt." Nach Hering und Sommerbrodt rührt diese Erhöhung der Pulsfrequenz von einem depressorischen von der Lunge ausgehenden Reize des Vaguscentrums her.

Als Nachwirkung tritt eine Erhöhung des Blutdrucks in die Erscheinung, was sich daraus erklärt, dass das vorher im Venensysteme durch den während des Versuches stattfindenden Druck der comprimirten Luft zurückgehaltene Blutquantum jetzt, wo dieser Druck aufhört, mit Macht zum rechten Ventrikel strömt und, den kleinen Kreislauf überfluthend, dem linken Herzen zugeführt wird. Der linke Ventrikel wirft jetzt grössere Blutmengen in das Arteriensystem, das in Folge dessen stark gefüllt wird, der depressorische Einfluss auf das vasomotorische Centrum hört auf, so dass die Arterien ihren früheren Tonus wiedergewinnen. Höchst wahrscheinlich ist auch jetzt ein aktiver Einfluss auf das eben erwähnte Centrum zu supponiren. Denn da der Valsalva'sche Versuch, so lange es möglich war, andauern musste, konnte nur eine ungenügende Ventilation des Blutes stattfinden, so dass der Organismus auf dem Wege der Erstickung war, eines Zustandes, der, nach den Experimenten an Thieren von Zuntz, eine Erhöhung des Blut-

drucks zur Folge hat. Kurz gesagt: „Nach dem Valsalva'schen Versuche steigt der Blutdruck über die Norm, und zwar fast ebenso viel, wie er während des Versuches unter dieselbe gefallen war. Der hohe Blutdruck dauert noch eine Zeit lang (einige Minuten) fort und kehrt erst allmählich zur Norm zurück."

Die bei der Inspiration comprimirter Luft erzielten Resultate sind im Wesentlichen dieselben, wie beim vorhergehenden Versuche. Der Blutdruck sinkt und bleibt auch noch eine Zeitlang (wenige Minuten) nach dem Versuche subnormal, eine Nachwirkung, welche nur auf einer Fortdauer, gleichsam einem Nachklingen des oben schon beim Valsalva'schen Versuche erwähnten physiologischen Factors beruht. Denn es ist nicht anzunehmen, dass das mechanische Moment länger nachdauert, als höchstens während der dem Versuche selbst folgenden Exspiration, welche, wenn sie rasch vor sich geht, nicht im Stande ist, die während der forcirten Inspiration der Lunge einverleibte grosse Luftmenge in toto auszutreiben, und dessbalb die Luft in der Lunge comprimiren muss. Dass in der That ohne Mitwirken des mechanischen Factors ein Sinken des Blutdrucks zu Stande kommen kann, ist beim Valsalva'schen Versuche schon constatirt und von Sommerbrodt dargethan. Er konnte an seinen Sphygmogrammen beobachten, dass durch schwächere intrabronchiale Drucksteigerungen, wie sie z. B. durch beschleunigt vertieftes Athmen, Singen, lautes Reden hervorgebracht werden, schon eine Reflexwirkung auf die Gefässnerven zu Stande kommt, und desshalb der Blutdruck sinkt, ohne dass dabei schon von einer Rückstauung des venösen Blutes die Rede sein kann. Endlich mag auch durch die Inspirationen comprimirter Luft eine bessere Ventilation des Blutes zu Stande kommen, wodurch bekanntlich auch der Blutdruck herabgesetzt wird.

Werden die Inspirationen comprimirter Luft länger fortgesetzt, so finden wir zunächst dieselbe Nachwirkung, also auch einen abnorm niedrigen Blutdruck; sodann aber ein Steigen desselben über die Norm, bis er endlich wieder in die Grenzen bei normaler Athmung einlenkt. Dieser zweite Theil der Nachwirkung, nämlich das Steigen des Blutdrucks, ist vielleicht so zu erklären, dass, nachdem der depressorische Reiz aufgehört hat, nun der pressorische Tonus wieder in Kraft tritt, und zwar wegen längerer Ruhe seines nervösen Centrums in einem solchen Maasse, dass zunächst eine Steigerung des Blutdrucks resultiren muss. Diese Annahme stützt sich auf Experimente, die Zuntz an Kaninchen angestellt hat. Er ist bei jenen zu Resultaten gelangt, die eine derartige Annahme rechtfertigen. Bei der Inspiration comprimirter Luft gelangt also kurz Folgendes zur Beobachtung: „Der Blutdruck sinkt während des Experimentes unter die Norm. Dieses Sinken des Blutdrucks findet statt auf Grund zweier Factoren, eines mechanischen und vor Allem physiologischen Factors, welche beide unter dem Einflusse comprimirter Luft in Kraft treten. Der niedrige Blutdruck ist auch noch mehr oder weniger lange Zeit als Nachwirkung unseres in Frage stehenden Athmungsmodus zu beobachten, und zwar so, dass diese Nachwirkung um so

schärfer hervortritt, je länger der Gebrauch comprimirter Luft fortgesetzt wurde. Nach wenigen Athmungen kehrt der Druck allmählich zur Norm zurück, ohne vorher über seine gewöhnliche Grenze zu gehen, während nach mehreren Athmungen derselbe, bevor er zur Norm zurückkehrt, erst ebenso lange Zeit über das Normale steigt, wie er vorher unter ihm blieb, um dann erst allmählich auf sein früheres Maass zurückzukehren. Diese Nachwirkung, die sich zur Beobachtung drängt, ist auf Einflüsse der comprimirten Luft im Gebiete des Nervensystems zurückzuführen.“

Der Puls ist während des Versuches und noch einige Zeit nach demselben frequenter, wie normal.

Bei der Exspiration in comprimirte Luft muss neben dem im Sommerbrodt'schen Sinne stattfindenden depressorischen Einflusse auf das vasomotorische Centrum der mechanische Factor in besonders ausgeprägter Weise zur Geltung kommen. Denn bei dieser Athmungsmodification existirt ein über der Norm liegender Luftdruck innerhalb der Lunge, während diese selbst nicht im Zustande der höchsten Inspirationsstellung, wie bei der Inspiration comprimirter Luft, verharrt, sondern während sie, wenigstens annähernd, in der Exspirationsstellung steht. Da nun schon bei gewöhnlicher Athmung während der Exspiration die Saugkraft des Thorax verringert ist, so wird dies um so mehr der Fall sein, wenn der in gleichem Sinne wirkende Einfluss der comprimirten Luft in dieser Stellung der Lunge zur Geltung gelangt. Die Resultate der Exspiration in comprimirte Luft sind desshalb auch sehr prägnante und ganz analog denjenigen der Inspiration comprimirter Luft: „Der Blutdruck wird herabgesetzt. Der niedrige Druck überdauert die Ausathmung nur kurze Zeit, um dann entweder sofort auf sein früheres Maass zurückzukehren, oder erst, nachdem er vorher gestiegen war. Das Erstere findet statt bei wenigen Exspirationen, das Letztere, sobald ein länger fortgesetzter Gebrauch der comprimirten Luft in Frage kommt; die Pulsfrequenz steigt während des Experimentes selbst, um nach demselben in das frühere Geleise zurückzugehen.“

Bei der Inspiration verdünnter Luft muss die schon bei gewöhnlicher Inspiration bestehende Saugkraft des Thorax noch vergrössert, desshalb dem Venenblutzuflusse zum rechten Herzen Vorschub geleistet und die Lunge stark hyperämisch werden, zumal wegen Anwesenheit von verdünnter Luft in der Lunge die Lungengefässe eine Erweiterung erfahren und desshalb mehr Blut fassen können. Der linke Ventrikel wird reichlich mit Blut gespeist werden, so dass die Circulation gehoben wird, und der Blutdruck steigt. Bei sehr starker Luftverdünnung und länger fortgesetzten Inspirationen kann jedoch der kleine Kreislauf auf Kosten des grossen derart überfüllt sein, dass trotz des beförderten Venenblutzuflusses zum rechten Herzen doch nicht grössere Mengen, wie normal, oder gar geringere Blutquanta zwischen dem linken und rechten Herzen circuliren, so dass dann entweder der Blutdruck derselbe bleibt oder gar sinken kann. Nach

dem Versuche tritt stets eine Steigerung des Blutdrucks auf, welche sich theils daraus herleitet, dass jetzt, wo die Lungengefässe ihr normales Lumen wieder annehmen und der erhöhte Blutzufluss zum rechten Herzen aufhört, das in der Lunge angehäufte Plus von Blut sich ins Arteriensystem ergiesst und dasselbe stark anfüllt, theils aus einer dyspnoischen Reizung des vasomotorischen Centrums, welche aber nur dann zu supponiren ist, wenn die Inspirationen verdünnter Luft so lange fortgesetzt wurden, dass während des Experimentes selbst ein Sinken des Blutdrucks zu Stande kam.

Das Resultat lautet: „Bei ein- bis zweimaliger Inspiration verdünnter Luft steigt der Blutdruck während der Inspiration, um seine grösste Höhe erst bei der folgenden Exspiration zu erreichen. Bei länger fortdauernden Athmungen verdünnter Luft kann der Blutdruck derselbe bleiben oder auch fallen, was sich im concreten Falle nach dem Grade der angewandten Verdünnung und der Dauer des Experimentes richtet. Als Nachwirkung wird stets ein bedeutendes Steigen des Blutdrucks beobachtet."

Der Effect der Exspiration in verdünnter Luft ist ganz analog dem vorhergehenden Athmungsmodus. Doch müssen die Erfolge hier weniger prägnant auftreten, weil die Luftverdünnung innerhalb der Lunge statthat, wenn diese in der tiefsten Exspirationsstellung steht, also die Saugkraft des Thorax verringert ist und desshalb dem mechanischen Factor, der für den Gebrauch der verdünnten Luft charakteristisch ist, entgegenarbeitet.

---

411. Aus dem Statistischen Sanitäts-Bericht für die Kgl. Preuss. Armee und das XIII. (Königl. Württemb.) Armee-Corps für das Rapportjahr 1. 4. 78. bis 31. 3. 79. (Berlin 1881.)

Behandlung der typhösen Erkrankungen p. 13.

Im Anschluss an den letzten Bericht (conf. dieses Blatt 1. Jahrg. p. 355) wird der besonders günstige Erfolg der systematisch angewandten Brand'schen Kaltwasser-Behandlung hervorgehoben. Im Bereich des 2. Armee-Corps wurden bei genauer Durchführung derselben von 384 an Typhus und gastrischem Fieber erkrankten Mannschaften, 377 wiederhergestellt. Bei einer 83 Fälle umfassenden Epidemie in Strassburg i. E. starb bei derselben Behandlung nur einer und zwar an einer gangränösen Perichondritis laryngea, während die Obduction beginnende Heilung der Darmgeschwüre nachwies. Die bereits früher gemachte Erfahrung, dass Darmblutungen bei dieser Behandlung nicht vorwiegen, bestätigt auch dieser Bericht, indem im Gegentheil Darmblutungen bei den auf andere Weise behandelten Kranken häufiger waren. Eine Uebersicht über die Complicationen unterstützt

den gegen die Kaltwasserbehandlung erhobenen Vorwurf, dass dieselbe die Entwicklung complicatorischer Lungen-Erkrankungen begünstige, ebenfalls nicht, da gerade die reine Hydrotherapie weniger schwere Lungen-Affectionen aufweist als die reine medicamentöse oder die gemischte Behandlungsweise.

Bemerkenswerth ist unter Casuistik noch ein von O. St. A. Kuhrt beobachteter Fall, welcher sehr viele Bäder (im Ganzen 136) während seiner Behandlung bekam und in der 4. Krankheitswoche von Gangrän sämmtlicher Zehen, welche schliesslich zur Amputation führte, befallen wurde.

Die Typhus-Mortalität in der ganzen Armee betrug 52,4%.

Vergiftungen

durch den Genuss einer Mittagsmahlzeit von Erbsen, Sauerkohl und Pökelfleisch aus gemeinschaftlicher Menage erkrankten 46 Mannschaften an Frieren, Erbrechen, Durchfall, Kopfschmerz, Leibschmerz und Abgeschlagenheit der Glieder in dem Maasse, dass sie dem Lazareth überwiesen werden mussten. Nach 6—8 Tagen waren sämmtliche geheilt, einer starb. Bei der Obduction ergab sich Gastro - Enteritis, stellenweise Blutergüsse, im unteren Abschnitt des Dünndarms den typhösen ähnliche Geschwüre. Da nun sonstige charakteristische Symptome und Befunde nicht für Typhus sprechen, wird der Fall als eine Intestinal-Mycose zu deuten sein. Von der Pökellake, welche nach der chemischen Untersuchung metallische Gifte nicht enthielt, wurde mehreren Thieren eingeflösst. 4 Kaninchen starben nach Gaben von 1 gr nach starker vorhergegangener Unruhe, vermehrter Athem-Frequenz, unter krampfhaften Zuckungen nach 3—4 Minuten. Section ergab hämorrhagische Gastritis und Blutungen unter die Pleura.

Bei der Katze trat Erbrechen ein und dann starke allgemeine Depression. Obductionsbefund, nachdem die Katze 24 Stunden später getödtet ist, erzielt ebenfalls hämorrhag. Gastritis. Die gleichen Erscheinungen bieten die sich von der Intoxication erholenden Hunde. Näheres p. 18.

Bei Gelenkrheumatismus zeigt sich von Jahr zu Jahr eine Abnahme der Behandlungsdauer. Ob. St. A. Lühe Stralsund versuchte Benzoësäure oder ihr Natronsalz 15—20 gr pro die und berichtet darüber, dass es Mittel seien, welche den Verlauf des acuten Gelenkrheumatismus in einer Weise beeinflussen, wie kein anderes Mittel, ausgenommen die Salicylsäure. Es wirke jedoch nicht so prompt und verhindere ebenso wenig Recidiv und Recrudescenz, wie Salicylsäure.

Ein besonderes Augenmerk ist in Folge höherer Anregung der Frage zugewendet worden, ob sich Gesichtspunkte finden liessen, die eventuell die Pneumonie als eine Infectionskrankheit könnten erscheinen lassen. Positive Beweise für diese Annahme sind nicht gegeben, vielmehr gerade accidentelle (Erkältungs-) Ursachen recht häufig beobachtet worden.

Von acuter gelber Leberatrophie wurden aus Köln 3 Fälle beobachtet. Ursache blieb dunkel. Der Tod trat unter den bekannten Erscheinungen zweimal nach 3 Tagen, einmal nach 4 Tagen ein; die Obductions-Ergebnisse p. 24 etc. ergaben den gewöhnlichen Befund.

p. 22. werden 3 Fälle von Ueberanstrengung des Herzens in Folge des Militärdienstes mitgetheilt (einmal nach angestrengtem Schwimmen, einmal nach Turnen, einmal nach einem Uebungsmarsche). Es folgen bei allen dauernde Störungen der Herzthätigkeit, welche in den beiden ersten Fällen mit muskulärer Dilatation, im letzten mit endocardialen und endoarteriitischen Prozessen vergesellschaftet sind.

Bartold.

---

412. **Prof. A. Zinnis, Principale cause de l'excessive mortalité chez les enfants-trouvés et moyens d'y remédier.** Athènes 1881.

Eine 22 jährige Erfahrung belehrte den Director des Athener Findelhauses, dass die Ursache der excessiven Kindersterblichkeit im 1. Jahre in den Krankheiten des Intestinaltractus und der consecutiven Atrophie gegeben sei: Von 2581 innerhalb der Jahre 1869—78 in die Anstalt aufgenommenen Findelkindern starben 1506, und von diesen nicht weniger als 932 als Opfer der genannten Krankheiten. Als Ursache letzterer konnte nur die verkehrte Ernährung der Säuglinge beschuldigt werden, welche darin bestand, dass die Nährfrauen, selbst schlecht genährt und kaum im Stande, das eigene Kind an der Brust zu sättigen, das Findelkind bereits von der 3. Woche ab mit Reis- oder Griesbrei und Oel zu befriedigen suchen. Eine fast obligate Folge war ein oft in wenigen Tagen zum Tode führender Magendarmkatarrh, bezw. eine aus diesem resultirende Atrophie, welche ebenfalls die meisten Kinder diesseit des 3. Monats dahinraffte.

Die Bestrebungen Z.'s Kuhmilch als Nährmittel einzuführen, gaben wenig erfreuliche Resultate; die meisten Kinder wurden dyspeptisch, die Hälfte hatte bei der Entlassung an Körpergewicht eingebüsst. Dieser Misserfolg war seinerseits bedingt durch die Unmöglichkeit, eine rationelle Darreichungsweise der Milch (in frischem Zustande, reiner Saugflasche etc.) durchzuführen. Auch condensirte Milch vermochte den schlechten Resultaten keinen Einhalt zu thun. Dagegen führte die Darreichung des Lapp'schen Kindermehls zur Deckung des Mancos an Ammenmilch zu ganz unerwarteten Erfolgen: die Mehrzahl der Kleinen ertrug das Mittel, die Sterblichkeit der Darmkranken sank von 36% auf 18%, die Gesammtmortalität von 58% auf 32%.

Fürbringer.

---

413. **Dr. Closset** (Langenberg), **Ein Beitrag zur künstlichen Ernährung der Säuglinge, in Sonderheit mit Biedert'schem Rahmgemenge.** (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41. 1881.)

Verf. berichtet über die Anwendung des Biedert'schen Rahmgemenges bei 27 kranken Kindern und 3 gesunden Säuglingen. Erstere

litten an mehr weniger heftigen Affectionen des Digestionskanals vom einfachen Magenkatarrh bis zur Cholera infantum acutissima oder an atrophischen Zuständen.

Speciell eingetheilt, so litten:

1. an acutem Darmkatarrh 2 (beide 3 Monate alt);
2. an chron. Darmkatarrh 7 (darunter 3 unter 1 Jahr);
3. an acutem Magenkatarrh 2 (11 Monate alt);
4. an Brechdurchfall 10 (1 4 Monat, 1 7 Mon., 1 8 Mon., 3 9 Mon., 1 10 Mon., 1 12 Mon., 2 14 Monat alt);
5. an Atrophie ohne besondere Organerkrankungen 6, 5, 4, 10, 4, 2 Mon. 10 Wochen alt.

Bei den an chron. Darmkatarrh leidenden nur 2 Misserfolge; die übrigen erholten sich bald nach Darreichung des Rahmgemenges ohne jede andere Behandlung. Dasselbe Resultat erzielte Verf. bei acutem Magenkatarrh und bei acuter Diarrhoe; nur war die Heilung hier noch rascher. Beim Brechdurchfalle nur 3 Misserfolge. Von den atrophischen Kindern erholten sich 3 in kurzer Zeit vollständig, zwei andere aber erst, als Biedert mit Grütze resp. 1 Theil Milch und 3 Theile Gerstenschleim vertauscht wurde.

Von den 3 gesunden Säuglingen gediehen 2 sehr gut; bei dem dritten, welcher aus einer scrophulösen Familie stammte, entwickelten sich auch bei dieser Nahrung bald scrophulös-rachitische Erscheinungen.

Verfasser arbeitete nur mit Biedert Stufe 1—$^1/_8$ Lit. süssen Rahm, $^3/_8$ gekochtes Wasser und 15 gr Milchzucker.

Kohts (Strassburg).

---

414. **L. von Holst, Zwei Fälle von Ileus aus ungewöhnlicher Ursache.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1881, Nr. 40.)

N. D., 60 Jahre alt, trat mit den Symptomen eines akuten Ileus in's Hospital; kein Stuhlgang, Kotherbrechen, stark aufgetriebener Leib, Athemnoth, Schmerz, besonders heftig im rechten Hypochondrium, kein Fieber; reichliche Wassereingiessungen ohne Erfolg; Diagnose: Darmokklusion; Patientin starb am 5. Tage. Die Sektion ergab die Zeichen einer abgelaufenen Perihepatitis und Peritonitis, sowie die Produkte einer neuerdings entstandenen Entzündung der Bauchserosa, aber keine Darmokklusion; dagegen — als auffallendste Erscheinung — eine weit verbreitete, massenhafte Produkte setzende hämorrhagische Entzündung im Zellgewebe der Gallenblase und im retroperitonäalen Zellgewebe (zwischen Leber und rechter Niere), auch in dem Gewebe der rechten Nebenniere zahlreiche Hämorrhagien. Virchow hat ähnliche Befunde beschrieben. Den Mangel des Stuhlgangs und die Wirkungslosigkeit der hohen Klystiere erklärt H. durch eine vollständige Paralyse des Dickdarms. Diese sowohl als auch die antiperistaltischen Bewegungen bringt er in Zusammenhang mit „den vielleicht mehr supponirten als wirklich erwiesenen, nahen Beziehungen zwischen Nebennieren und plexus solaris“.

Im 2. Falle handelte es sich um eine hernia incarcerata foraminis obturatorii dextri. Die Diagnose war während des Lebens nicht zu stellen. Als Sitz des Schmerzes wurde nicht die Leistengegend, sondern die rechte Seite der Nabelgegend angegeben; von einer Geschwulst war nichts zu entdecken, und auch das von den Autoren als das wichtigste bezeichnete Symptom, die Erscheinungen des Drucks auf den nervus obturatorius, fehlen vollständig. In der Leiche war die Einstülpung durch leichten Zug bequem zu heben, und H. bedauert, während des Lebens nicht regulinisches Quecksilber gegeben zu haben, welches, wie er glaubt, durch seinen Druck die Reposition bewirkt haben würde.

E. Bardenhewer.

---

415. **G. Leubuscher, Experimentelle Beiträge zur Aetiologie der Darminvagination.** (Virch. Arch. LXXXV. 1.)

Durch Nothnagel auf das Fehlen experimenteller Untersuchungen über die Aetiologie der Darminvaginationen aufmerksam gemacht, prüft L. an Kaninchen die Haltbarkeit 1) der bereits von Peyer (1677) aufgestellten Behauptung: dass es sich beim Entstehen der Darminvaginationen um Lähmung einer begrenzten Darmstrecke handele, die nun wie ein im Verlauf der Darmwandung befindlicher fremder Körper von dem darüber gelegenen thätigen Darm in den darunter gelegenen hineingestülpt würde. Invaginatio paralytica, 2) der von Leichtenstern für die Entstehung der Ileocoecalinvagination angenommenen Aetiologie: dass es sich um eine tetanische Contraction einer begrenzten Darmstrecke handele, die dann in derselben Weise wie eine gelähmte von der peristaltisch thätigen oberen Partie in die darunter gelegene hineingeschoben würde. (Invaginatio spasmodica.)

Bei der ersten an 10 Thieren angestellten Versuchsreihe wird durch Compression eines Dünndarmstückes bis zur Reactionslosigkeit desselben der supponirte paralytische Zustand herbeigeführt, ohne dass — mit Ausnahme eines Falles, den L. aber als Agonie-Invagination erklärt — ein positives Resultat erreicht wird. Durchschneidung der zu einem betr. Darmstück führenden Nerven im Mesenterium führt in 7 Fällen zwei Mal zur Invagination in der Weise, dass der oberste Theil der vom Mesenterium losgelösten Darmpartie in einer Ausdehnung von etwa $^1/_2$ cm in den darunter gelegenen Darm hineingestülpt war. — Die Thiere wurden 24—60 Stunden nach der Operation getödtet. Schliesslich wird bei einem Kaninchen durch Quetschung Paralyse und durch electrischen Strom lebhafte Peristaltik des übrigen Darmes erzeugt ohne unmittelbaren Erfolg an den paralytischen Stellen. Dagegen bildet sich vorübergehend eine Invagination an einer etwas oberhalb von der Quetschstelle gelegenen Partie.

Nach diesen Versuchen glaubt L. die Ansicht Leichtensterns: dass die meisten Invaginationen auf Lähmung eines Darmstückes be-

ruhten, nicht bestätigen zu können; macht dagegen auf Grund des letzten Experimentes darauf aufmerksam, dass lebhafte Peristaltik zuweilen, ohne dass dabei eine nachweisbare anatomische oder physiologische Aenderung des betr. Darmstückes besteht, genügend ist, um eine Invagination herbeizuführen. Auch die Agonie-Invaginationen möchte L. eher durch lebhafte Peristaltik als durch Lähmung eines Darmstückes ätiologisch erklären.

Schottelius.

---

416. **Dr. Carl Götz, Multipler Echinococcus des Unterleibs bei einem 12jährigen Kinde mit gleichzeitiger Obliteration der vena cava inferior und Pyelonephritis, beides herbeigeführt auf dem Wege der Compression** (Fall aus der Strassburger Kinderklinik). (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. XVII. Band, 2. und 3. Heft. 1881.)

Ein 12 jähriges Mädchen trat am 10. Nov. 1881 mit einer abnormen Auftreibung des Leibes in die Kinderklinik ein, seit dem ersten Lebensjahre soll die Auftreibung schon bestanden haben, der Umfang soll dann bis zum 11. Jahre langsam zugenommen und Patientin soll sich dabei der besten Gesundheit erfreut haben. Nach einer acuten fieberhaften Erkrankung im Alter von 11 Jahren schwoll der Leib noch mehr an, es entwickelte sich eine stetig zunehmende Athemnoth, so dass Patientin deshalb der Kinderklinik zugeführt wurde. Die Auftreibung nahm vorzugsweise die obern Parthieen des Abdomens ein und zwar war es hauptsächlich die rechte Seite, welche stärker prominent erschien. Die Auftreibung war mehr unregelmässiger Natur und es liessen sich grössere und kleinere Tumoren durch die Bauchdecken deutlich erkennen. Die Haut über diesen Prominenzen war abnorm blass, trocken, an einzelnen Stellen mit abschilfernden Epidermisschüppchen besetzt, an andern entsprechend den einzelnen Buckeln glänzend weiss und stark ausgedehnt.

Die subcutanen Venen der Bauchdecken waren erweitert, stark geschlängelt und anastomosirten mit den ebenfalls dilatirten Venen, welche am sternum und in der regio epigastrica zu Tage traten.

Bei der Palpation der Tumoren fand man, dass dieselben Nuss-, Apfel- und Faustgrösse hatten, und dass eine Anzahl evidente Fluctuation und Hydatidenschwirren erkennen liessen, andere eine mehr feste, knorpelhafte Beschaffenheit besassen. Das Aussehen des Abdomen, die vielhöckerige Beschaffenheit desselben deuteten darauf hin, dass es sich um Echinococcusblasen handeln müsse, was die Probepunktion auch bestätigt; dass es sich um einen multiplen Echinococcus handelte, wurde dadurch bestätigt, dass bei den öfters vorgenommenen Punktionen Flüssigkeit entleert wurde, deren Menge je nach der Grösse der angestochenen Blasen zwischen 10 und 500 gr schwankte. Die Flüssigkeit war wasserhell, hatte ein specifisches Gewicht von 10,0, enthält kein Eiweiss, viel Chlornatrium, Spuren von Zucker und Bernsteinsäure.

Mikroskopisch liessen sich Scolices nicht nachweisen. Im Verlaufe der Krankheit traten öfters leichte fieberhafte Bewegungen auf, Temperatur schwankte zwischen 38,0 und 38,8, der Puls zwischen 104 und 136. Allgemeinbefinden war wechselnd, bald fühlte sie sich wohl, bald klagte sie über heftige Schmerzen im Kreuz und Leib. Appetit war gering, öfters war Uebelkeit vorhanden, nur einmal Erbrechen. Einige Wochen vor dem Tode werden zu wiederholten Malen eitrige Beimengungen und etwas Blut im Stuhl bemerkt. Trotz der wiederholten Punktionen nahm der Umfang des Abdomen nicht ab, die Venenerweiterungen am Stamm nahmen an Ausdehnung zu, Anasarka der untern Extremitäten trat nicht ein.

Während in der ersten Zeit des Spitalaufenthaltes kein Eiweiss im Urin vorhanden war, so bekam der Urin ungefähr 4 Wochen vor dem Tode eine schmutzig gelbliche Beschaffenheit und sogar einen Stich ins Blutige. Die mikroskopische Untersuchung ergab bei dem reichlichen Auftreten von Eiterkörperchen und Cylindern, die mit degenerirten Epithelien bedeckt waren, dass es sich um Entwickelung einer Pyelonephritis handele.

Da durch die mit allen Cautelen ausgeführten Punktionen keine Verminderung der Dyspnoe geschaffen und Patientin immer mehr herunter kam, entschloss man sich zu der bereits von Spencer Wells und Fischer geübten Methode der Laparotomie. Eine von Lücke vorgenommene Probeincision zwang aber die Ueberzeugung auf, dass von einer Radicaloperation nicht die Rede sein konnte, da die Echinococcusblasen das Netz dicht besetzten und zwischen die Eingeweide eingelagert dieselben völlig durchwucherten; 2 Tage nach der Operation starb die Patientin. Die Section bestätigt in allem die Diagnose, überraschend war nur die Obliteration der vena cava inferior, die cava war eingeschlossen zwischen Cysten und obliterirt, mit einiger Gewalt waren die verlötheten Wandungen von einander zu trennen, es war absolut kein blutiges, thrombotisches Material darin. Verf. glaubt sich zu folgenden Schlussfolgerungen berechtigt:

1. Multipler Echinococcus der Unterleibsorgane, der fast das ganze cavum abdominis ausfüllt, liefert für den Versuch einer Radicaloperation keine Chancen, ebensowenig tragen wiederholte Punktionen zur Linderung des Zustandes bei.

2. Es können in einem derartig complicirten Falle alle Symptome, welche man als charakteristisch für eine Obliteration der vena cava anführt, das Oedem der untern Körperhälfte, fehlen, oder doch mindestens sehr in den Hintergrund treten. Die Erklärung dafür liegt in diesem Falle in der sehr allmählichen Entwicklung der Obliteration, in der hochgradigen Anämie.

3. Die Pyelonephritis war durch allmähliche Compression der Ureteren und consecutive Harnstauung bedingt und kann in keine Beziehung zu der Erkrankung der cava inferior gebracht werden.

Kohts (Strassburg).

417. **P. Strübing, Zur Symptomatologie der cystösen Nierendegeneration bei Erwachsenen.** (Arch. f. kl. M. XXIX 579.)

Str. theilt einen in der Greifswalder Poliklinik zur Beobachtung gelangten Fall von cystöser Degeneration beider Nieren bei einem Erwachsenen mit.

Es handelte sich um eine 51 J. alte Frau, welche in ihrem 18. Jahr an Intermittens litt, von jener Zeit an dann und wann über Stechen in der linken Seite zu klagen hatte. Sie hatte 5 mal geboren, und 7, jeweils mit starken, die Patientin schwächenden Blutverlusten einhergehende Aborte durchgemacht. Im 49. Jahre trat plötzlich Hämaturie auf, Oedeme, die kamen und wieder verschwanden, Schmerzen in den Nierengegenden, Verfall der Kräfte, Athemnoth. Bei der sehr herabgekommenen Patientin konnte objectiv eine Verminderung der 24 stündigen Harnmenge, Albuminurie, Hypertrophie des linken Ventrikels, und in beiden Nierengegenden percutorisch und palpatorisch das Vorhandensein grosser bis zur Crista ilei herabragender Tumoren nachgewiesen werden. Im weiteren Verlauf entwickelte sich intercurrent ein catarrhalischer Icterus. Nach Ablauf desselben, und vorübergehender Besserung des Allgemeinbefindens, ohne dass die objectiven Erscheinungen sich wesentlich geändert, erlag Patientin einer croupösen Pneumonie.

Intra vitam war man geneigt gewesen, die Diagnose auf primäres Nierencarcinom zu stellen.

Bei der Autopsie erwiesen sich die Tumoren als die ausserordentlich vergrösserten cystisch entarteten Nieren. Das ganze Organ zeigte sich sowohl auf der Oberfläche, als auf dem Durchschnitt, von zum Theil kaum wahrnehmbaren, zum Theil hühnereigrossen Cysten durchsetzt, und selbst die Wandungen des erweiterten Nierenbeckens mit einer zahllosen Menge von Cysten besetzt.

Unter Berücksichtigung der analogen in der Litteratur verzeichneten noch spärlichen Casuistik die Symptomatologie dieser meist nur zufällig bei den Sectionen gefundenen und nur selten klinisch beobachteten Affection. Zu den häufigsten der bald ganz symptomlos, bald unter den Erscheinungen eines chronischen Nierenleidens, spec. einer interstitiellen Nephritis verlaufenden und endenden Erkrankung, gehören Albuminurie und Hämaturie, und selbst diese nicht constant, wie auch das Auftreten von Cylindern, Veränderung in der Menge, und quantitativen Zusammensetzung des Harns wechselnde und unbeständige Vorkommnisse sind.

Bei dem Mangel sicherer Anhaltspunkte, bei der grossen Vieldeutigkeit objectiver und subjectiver Symptome, erscheint die Diagnose äusserst schwierig, ja unmöglich. In den Kreis der bei der differentiellen Diagnose zu berücksichtigenden Affectionen wird, wenn sich, wie in vorliegendem Fall, bei den nachweisbaren Nierentumoren im Laufe der Zeit ein cachectischer Zustand herausbildet, auch das primäre Nierencarcinom hineingezogen werden müssen.

Hindenlang (Freiburg).

418. **Seiler, Syphilom (Gumma) der Niere.** (Arch. f. kl. Medicin XXIX. 606.)

Verf. theilt den anatomischen Befund eines Falles mit, über den er schon a. a. O. (Dresden. Gesellschaft f. Medic. 1876/77. S. 128 und 1878 S. 75) berichtet, wodurch die von ihm frühzeitig mit grosser Wahrscheinlichkeit gestellte Diagnose einer syphilitischen Heerderkrankung der Niere bestätigt wurde.

Als die Hauptmomente des Krankeitsbildes während einer 6 jähr. Beobachtungsdauer sind hervorzuheben: Eine 54 J. alte Frau erkrankte an einer acuten Nephritis; gleichzeitig bestanden diffuse Hepatitis, Hyperostosen, chronische Periostitis an den Extremitätenknochen. Heilung unter antiseptischer Behandlung. Im Laufe der Jahre wiederholte Anfälle acuter Nephritis, gleichzeitig mit den Erscheinungen recidivirender Lues, welche durch entsprechende Behandlung meist rasch beseitigt wurde. Urin von äusserst wechselnder Beschaffenheit, in Bezug auf Eiweissgehalt und Formbestandtheile. In einem solchen Anfall, im 4. Jahr der Erkrankung, welcher unter hohem Fieber einherging, zeigte der Urin eine grün-braunrothe Farbe und dickliche Consistenz; microscopisch zerfallene Blutkörperchen; Kerne, Detritusmassen, Fett, Epithelien, welche Bestandtheile schon nach 5 Tagen aus dem Urin wieder verschwunden waren. Es wurde dieser Anfall als die plötzliche Entleerung eines zerfallenen Gumma gedeutet. Pat. ging, nachdem vom Vf. im letzten Jahr noch eine Reihe von Anfällen recidivirender acuter Nephritis beobachtet wurden, an einer Phlegmone zu Grunde.

Bei der anatomischen Untersuchung (Birch-Hirschfeld) zeigte sich die Leber in characteristischer Weise verändert, das Bild der syphilitischen gelappten Leber darbietend. In der linken Niere ein bis unter die Kapsel sich erstreckender kirschgrosser im Centrum breiig erweichter Knoten, welcher auf Grund des macroscopischen wie microscopischen Befundes, im Verein mit der characteristischen Leberveränderung als eine in stetiger Metamorphose begriffene Gummageschwulst angesehen werden muss. Eine im obern Theil der gleichen Niere, eine Pyramidenspitze ersetzende, narbige geschrumpfte Stelle entspricht höchst wahrscheinlich dem rückgebildeten, (entleerten) gummösen Herd.

Hindenlang (Freiburg).

---

419. **Dr. Fiori** und **G. Mya** (Turin), **Sulla natura del precipitato prodotto dall' alcool nella urina umana normale-comunicazione.** Ueber die Natur des im normalen menschlichen Harne vom Alcohol erzeugten Niederschlages. (Sella alla R. accademia di Medicina di Torino nella sedula del lo gingno 1881.)

Zu den allgemeinen Eigenschaften des menschlichen normalen Harnes rechnet man seine Trübung auf Zusatz von absolutem Alcohol. Ueber die Natur dieser Trübung sprechen sich die Handbücher der

physiologischen Chemie, auch die neusten nicht klar aus (Siehe Handbuch der physiologischen Chemie von Gorup-Besanez). Die Vf. konnten leicht erkennen, dass dieser vom Alcohol erzeugte Niederschlag fast vollständig aus den anorganischen Salzen des normalen Harnes d. h. Sulfaten, Phosphaten und Chloriden besteht. Was die Gesetze der Fällung betrifft, so haben die Vf. folgendes gefunden:

Die Menge des Niederschlages steht in geradem Verhältniss zur Menge der im Harne enthaltenen Salze und einigermassen zur Menge des benutzten Alcohols.

Wenn man hinreichende Mengen von Alcohol gebraucht, kann man die Phosphate und die Sulfate vollständig fällen, nur in kleiner Menge die Chloride.

Im nicht concentrirten Harne geschieht die vollständige Fällung der Sulfate auf Zusatz von vier Volumina von absolutem (95° Gay-Lussac) Alcohol; die der Phosphate fast vollständig auf Zusatz von zehn Volumina desselben. (In der Arbeit haben die Vf. einige demonstrative Tafeln zugesetzt.)

In einem auf $^1/_2$ seines Volumens eingedampften Harne findet die Fällung der Sulfate auf Zusatz von 1 Alcoholvolumen statt; die der Erdphosphate von $2^1/_2$ Volumina, die der gesammten von 10 Volumina.

In einem auf $^1/_4$ seines Volumens eingedampften Harne fallen die gesammten Phosphate auf Zusatz von 3 Alcoholvolumina.

Die Eindampfung des Harnes vermehrt nur wenig die Fällung der Chloride.

Mya (Turin).

Neue Bücher.

Annalen d. städt. allgem. Krankenhäuser zu München. II. Band 1881. München. M. Rieger'sche Univ.-Buchh. 30 M.

Annals of Chemical Medicine, including the Application of Chemistry to Physiology, Pathology, Therapeutics, Pharmacy, Toxicology and Hygiene. Edited by Dr. J. L. W. Thudichum. Vol. 2. London, Longmans, Green & Comp. 14 sh.

Brunn, Das Verhältniss der Gelenkkapseln zu den Epiphysen der Extremitätenknochen. Leipzig, F. C. W. Vogel. 6 M.

Callias, De la résorcine et de son emploi en thérapeutique. Paris, O. Berthier, 2 fr. 50 cts.

Coleman, Manual of Dental Surgery and Pathology. London, Longmans, Green & Comp. 12 sh. 6 d.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 18. November. Nro. 30.

420. **George M. Sternberg, Experimental investigations relating to the etiology of the malarial fevers.** Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie der Malaria-Fieber. (National board of health bulletin, supplement Nr. 14. Washington, July 23. 1881.)

Im Auftrage des national board of health hat S. die in der Nachbarschaft von Rom ausgeführten Experimente von Klebs und Tommasi-Crudeli — als deren Resultat dieselben die Entdeckung eines „bacillus malariae" verkündeten — in einer vergleichenden Studie, nach denselben Methoden, in einer Malaria-Gegend der Vereinigten Staaten wiederholt.

In seinem Bericht theilt S. zunächst die Hauptsätze aus Klebs und Tommasi-Crudeli's Arbeit mit und knüpft an dieselben kritisirende Bemerkungen; dann bespricht er die Art und Weise, wie er die niederen Organismen gesammelt, unterschieden, gezüchtet und zu Experimenten an Kaninchen benutzt hat. Er theilt einige Experimente ausführlicher mit und illustrirt seine Angaben durch photographische Abbildungen der niederen Organismen und durch Temperatur-Curven.

Die Details sind im Originale nachzusehen; ich beschränke mich auf eine auszugsweise Mittheilung der Schlüsse, zu welchen S. gelangt ist.

Auf der Oberfläche der Sümpfe in der Nachbarschaft von New-Orleans und in den Gossen innerhalb der Stadt finden sich viele Mikroorganismen, darunter Bakterien von verschiedener Form. Manche dieser Formen können mit Erfolg in Fisch-Gelatine-Lösung (Methode von Klebs) kultivirt werden, und diese Lösung zeigt nun Entzündung erregende Eigenschaften.

Die Entzündung erregenden Eigenschaften sind bedingt durch die Gegenwart der Bakterien; denn nach Ausschluss der Bakterien bleibt die Lösung unverändert, und unter die Haut eines Kaninchens gebracht, erweist sie sich als unschädlich.

Einige von den in Sümpfen, in Gossen und im menschlichen Speichel gefundenen Organismen besitzen die Fähigkeit, sich im Körper eines lebenden Kaninchens zu vermehren, und die Flüssigkeiten und Organe, welche dieselben enthalten (Blut, Serum, Milz u. s. w.), haben virulente Eigenschaften. Oder in anderen Worten: Es wird eine Infectionskrankheit hervorgebracht, welche durch Impfung von einem Thier auf ein anderes übertragen werden kann.

Unter diesen Organismen gibt es einige, welche grosse Aehnlichkeit besitzen oder vielleicht identisch sind mit dem „bacillus malariae“ von Klebs und Tommasi-Crudeli; aber es gibt keinen genügenden Beweis dafür, dass diese oder irgendwelche andere an den genannten Orten gefundenen Bakterien, unter die Haut eines Kaninchens injicirt, ein Malariafieber hervorrufen, welches dem gewöhnlichen Sumpffieber, dem der Mensch unterworfen ist, entspricht.

Die Gründe, welche Klebs und Tommasi-Crudeli zu der Annahme, einen bacillus malariae entdeckt zu haben, bestimmten, sind nicht genügend: a) in ihren und in S.'s Versuchen hatten die Temperatur-Curven der zu den Versuchen benutzten Kaninchen niemals einen deutlich paroxysmalen Charakter; b) gesunde Kaninchen zeigen mitunter ebenso deutliche tägliche Schwankungen (wahrscheinlich verursacht durch äussere Temperatur-Veränderungen), wie die von K. und T. beschriebenen; c) die von K. und T. beschriebenen Veränderungen der Milz beweisen nicht, dass der Tod durch Malariafieber erfolgt sei; denn ganz ähnliche Veränderungen finden sich in den durch menschlichen Speichel inficirten, an Septicämie verstorbenen Kaninchen; d) ebensowenig ist die Gegenwart von dunkelem Pigment in der Milz ein Zeichen des Todes durch Malaria-Gift; das dunkele Pigment findet sich häufig in der Milz von septicämischen Kaninchen.

Gleichwohl ist es wahrscheinlich, dass der in der Luft und in dem Wasser einer Malaria-Gegend vorhandene sog. bacillus malariae oder ein anderer niederer Organismus die Ursache des Malariafiebers beim Menschen ist. Weitere experimentelle Untersuchungen sind erforderlich; das experimentum crucis aber wird am Menschen selbst gemacht werden müssen.

E. Bardenhewer.

421. **Uskoff, Giebt es eine Eiterung unabhängig von niederen Organismen?** (Virch. Arch. Band 86. S. 150.)

Diese Frage wurde vom Vf. so in Angriff genommen, dass er unter Beobachtung strengster antiseptischer Maassregeln mechanisch und chemisch wirkende Flüssigkeiten in wechselnder Menge in das Unterhautzellgewebe von Hunden spritzte und nach 3—5 Tagen ein Stück Haut in einiger Entfernung von der Einstichwunde ausschnitt und untersuchte. Es wurde angewandt destillirtes Wasser, Milch, Olivenöl, Terpenthin, Carbolsäure, Eiter. Die Anwendung der beiden ersten Flüssigkeiten ergab bei geringen zur Einspritzung benutzten Mengen keine Eiterung, dieselbe kam aber zu Stande bei grösseren einmaligen Quantitäten, besonders leicht bei häufiger wiederholter Injection. Es fanden sich stets in dem Eiter Micrococcen. Oel gab selten Eiterung, aber stets, wenn eine solche vorhanden, fehlten auch Micrococcen nicht. Terpenthin machte immer Eiterung, aber in allen Fällen fehlten die Microorganismen. Abscesseiter in geringen Mengen erwies sich als indifferent, in grösseren Mengen rief er dagegen Eiterung hervor unter Beimischung von Stäbchenbacterien. Diese Versuche zeigen, dass indifferente Flüssigkeiten an sich keine Eiterung machen, dass sie es nur thun, wenn sie durch grössere Mengen zugleich mechanische Wirkungen haben, dass aber chemisch differente Flüssigkeiten an sich Wirkung hervorrufen. Es ergiebt sich aber ferner das Resultat, dass Eiterungen in der That zu Stande kommen können ohne jede Mitwirkung niederer Organismen.

Ribbert.

---

422. **Exner, Untersuchungen über die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde des Menschen.** (Wien, 1881. Braumüller. 180 p., XXV Tafeln.)

An der Hand von 167 aus der neueren Literatur mit grosser Skepsis ausgewählten Fällen von Grosshirnrindenläsionen beim Menschen sucht E. die motorischen und sensiblen „Rindenfelder" zu bestimmen und bedient sich dazu folgender Methode: 1. Methode der negativen Fälle, wobei er die Läsionsausdehnung aller Fälle, in denen die Funktion, um deren Rindenfeldsbestimmung es sich handelte, nicht zerstört war, auf ein einziges Schema der Hemisphäre aufzeichnete; das gesuchte Rindenfeld musste also unbezeichnet bleiben. 2. Methode der procentischen Berechnung, wobei er die Hinrinde in willkürliche Quadrate resp. Felder (367 an der Zahl) eintheilte und für jedes Feld bestimmte, wie oft es in der vorhandenen Anzahl von Fällen erkrankt war, und in wie vielen dieser Fälle das zu studirende Symptom vorhanden war. Das Verhältniss dieser beiden Werthe wird in Procenten ausgedrückt. 3. Methode der positiven Fälle, die bis jetzt allein angewandte Methode, welche die unsicherste ist und nur

dann Berechtigung hat, wenn man sie so anwendet, dass auf eine Tafel alle Läsionen verzeichnet werden, welche mit dem Symptome, dessen Rindenfeld ermittelt werden soll, einhergingen. Wo dann die Läsionen am dichtesten gehäuft sind, kann man das Rindenfeld vermuthen. Betreffs der äusseren Details, der Art der Aufzeichnung muss auf das Original verwiesen werden.

Die 2. Methode ergibt deutlich den Unterschied zwischen absoluten Rindenfeldern, deren Verletzung jedesmal das betreffende Symptom hervorruft und den relativen Rindenfeldern, deren Erkrankung nicht in jedem Falle, aber häufig das zugehörige Symptom veranlasst, ein Unterschied, der von den früheren Autoren nicht erkannt wurde.

Jede Rindenstelle, welche verletzt sein kann, ohne dass motorische und sensible Störungen eintreten, wird als Feld der latenten Läsionen bezeichnet. Ein und dieselbe Rindenstelle kann einmal als zu einem latenten, ein anderes Mal als zu einem relativen (niemals zu einem absoluten) Felde gehörig bezeichnet werden. Auf der rechten Hemisphäre erstreckt sich die Region der latenten Läsionen über die ganze Rinde mit Ausnahme der beiden Gyri centrales und des Lobulus paracentralis. Auf der linken ist ihre Ausdehnung viel geringer; es fehlen ihr hier auch noch der ganze Parietallappen und der grösste Theil des Occipitallappens. Die absoluten motorischen Felder sind nämlich an der linken Hemisphäre grösser, als an der rechten. — Absolute Rindenfelder lassen sich bei dem vom Verf. benutzten Material nur nachweisen für die obere und untere Extremität in beiden Hemisphären und für die durch den Nervus facialis versorgten Muskeln in der linken Hemisphäre. Die anderen Felder, auch das für die Sprache, erscheinen nur als relative.

A. Motorische Rindenfelder. Das ausgebreitetste und intensivste Rindenfeld ist das für die obere Extremität. Es umfasst in der rechten Hemisphäre als absolutes: Lobulus paracentralis, Gyrus centr. ant. (mit Ausnahme einiger Antheile seines unteren Endes), obere Hälfte des Gyrus centr. post.; als relatives (bis zu 50% herab): Gyrus centr. post., soweit er vom absoluten Felde freigelassen wird, hintere Drittel bis Hälften der 3 Stirnwindungen, vordere Hälften der Scheitelläppchen, hinteres Drittel der medialen Fläche des Gyrus front. super. und vordere Hälfte des Lobulus quadratus. In der linken Hemisphäre umfasst das absolute Rindenfeld: Lobulus paracentr., die 3 oberen Viertheile der Gyri centr., den grösseren Theil des oberen Scheitellappens, wahrscheinlich auch einige Stellen an der medialen Fläche des Occipitallappens. Relatives Rindenfeld: Hintere Hälfte des Gyrus front. sup., nahezu die ganzen convexen Flächen des Gyrus front. med. und inf., die beiden Scheitellappen, oberer Theil des Occipitallappens, an der medialen Fläche der hintere Theil des Gyr. front. sup., der Lobul. quadrat. und vermuthlich der Cuneus. Wahrscheinlich liegt das Rindenfeld für die Hand im Gyrus centr. ant. — Untere Extremität. Absolutes Rindenfeld der rechten Hemisphäre: Lobul. paracentr., oberste Drittel des Gyr. centr. ant. und einige Antheile des obersten Drittels des Gyr. centr. post. Relatives Rindenfeld: beide untere Drittel der Gyri centrales, die hinteren Theile der Frontalwindungen, die Parietal-

läppchen, der obere Theil des Occipitallappens, an der medialen Fläche der hintere Theil des Gyr. front. sup. und die vordere Hälfte des Lobul. quadrat. An der linken Hemisphäre absolutes Rindenfeld: Lobul. paracentr., obere Hälfte des Gyr. centr. post. und der grösste Theil des oberen Scheitellappens; relatives: wie rechts, nur gehört der ganze Lobul. quadrat. und wahrscheinlich der Cuneus mit dazu. — Die absoluten Rindenfelder sind also links nach hinten zu grösser, als rechts. Dementsprechend sind auf der linken Hemisphäre die relativen Rindenfelder, wenn auch nicht von nennenswerth grösserer Ausdehnung, so doch von grösserer Intensität, hauptsächlich nach hinten. Das absolute Rindenfeld der unteren Extremität wird von dem der oberen vollkommen gedeckt und überragt. Kleine Läsionen, welche das gemeinsame Rindenfeld beider Extremitäten einer Seite treffen, sind häufig mit einer Motilitätsstörung des Armes verbunden ohne Affektion des Beines. Es zeichnet sich das Rindenfeld für die obere Extremität gewissermassen durch eine grössere Empfindlichkeit aus. Die motorischen Rindenfelder haben keine scharfen Grenzen, sondern laufen allmählich in die Umgebung aus. — Das Rindenfeld von durch den Nervus facialis versorgten Muskeln ist in der rechten Hemisphäre als absolutes nicht vorhanden, als relatives liegt es hauptsächlich in der unteren Hälfte des Gyr. centr. ant. und dem unteren Drittel des Gyr. centr. post., greift aber auf die hintere Hälfte der beiden unteren Stirnwindungen und den vorderen Theil des Gyr. supramarginalis über. In der linken Hemisphäre umfasst das absolute Rindenfeld einen schmalen Streifen, welcher dem vorderen Theile des Gyr. centr. ant. angehört und zwischen der Einpflanzungsstelle des Sulcus front. inf. und sup. näher dem ersteren liegt; das relative ähnlich, wie rechts. — Das Rindenfeld der Zunge (nach der positiven Methode bestimmt) liegt als relatives beiderseits ungefähr an der Stelle des Zusammentreffens der beiden unteren Stirnwindungen mit der vorderen Centralwindung. Das linke Rindenfeld des Hypoglossus zeigt geringere Intensität, als das rechte. — Das Rindenfeld der Hals- und Nackenmuskeln ist von ziemlich geringer Intensität, erstreckt sich auf die beiden Centralwindungen und wahrscheinlich auch auf deren Umgebung. — Ueber das Rindenfeld der Muskeln des Augapfels mit Einschluss des Levator palpebr. sup. weiss E. nur anzugeben, dass dasselbe in den als motorisch erkannten Rindenregionen, den Centralwindungen und ihrer nächsten Umgebung liegt. Bei Besprechung der Thatsache, dass die combinirten Bewegungen der Augen von jeder der beiden Hemisphären besorgt werden können, stellt Verf. die genauer bekannten Muskelgruppen nach der Leichtigkeit, mit welcher wir sie einseitig innerviren können, in folgende Reihe zusammen: Muskeln der Extremitäten, der unteren Facialisäste, des Hypoglossus, die Lidmuskeln, die Muskeln des Bulbus und die Trigeminusmuskeln. — Für das Rindenfeld des Trigeminus war wegen der geringen Anzahl brauchbarer Fälle eine genaue Localisation nicht möglich; vielleicht liegt es in grosser Ausdehnung um den vordern Theil der foss. Sylv. — Bei Bestimmung des Rindenfeldes der Sprache, bei dessen Läsionen die Aphasie die Stelle der motorischen Symptome vertritt, ergibt sich, dass obwohl die Articulationsmuskeln jeder Seite ihr Rindenfeld (wenig-

stens in weit überwiegendem Maasse) in der entgegengesetzten Hemisphäre haben, die Articulationsimpulse beim Sprechen doch von einer und zwar fast immer von der linken Hemisphäre ausgehen. Das nur als relatives vorhandene Feld erstreckt sich über den Gyr. front. inf., den hinteren Theil des Gyr. front. med., die beiden oberen Schläfenwindungen und mit geringerer Intensität noch über die Scheitelläppchen bis in den Hinterhauptslappen. Man darf um so sicherer erwarten, eine ataktische Aphasie zu finden, je näher die Läsion dem hinteren Theile der unteren Stirnwindung liegt, und je weniger ausgedehnt die Zerstörung ist; je ausgedehnter letztere, desto wahrscheinlicher wird die Combination mit amnestischer Aphasie. Je mehr sich die Läsion den intensiveren Theilen des Rindenfeldes der oberen Extremität nähert, desto wahrscheinlicher ist Agraphie vorhanden. Ist der Schläfenlappen Sitz der Läsion und betrifft diese nicht allein den Gyr. temp. sup., so ist die Aphasie mit Worttaubheit verbunden.

B. Sensible Rindenfelder. Das relative Rindenfeld des Gesichtssinnes liegt im Occipitallappen und der intensivste Theil desselben am oberen Ende des Gyr. occipital. prim. Die Sehstörungen bei Hirnrindenläsionen trennen sich in 3 Typen: a) mehr oder weniger vollkommene Hemianopsie bei Verletzung einer Hemisphäre; b) Gesichtshallucinationen: c) eigenthümliche Sehstörungen, die das gemeinsam haben, dass zum Bewusstsein kommende Gesichtseindrücke geistig nicht richtig verwerthet werden.

Die Rindenfelder der tactilen Empfindungen für die verschiedenen Körperabtheilungen fallen im Allgemeinen mit den motorischen Rindenfeldern derselben zusammen, und hat die rechte Hemisphäre für die Sensibilität das Uebergewicht über die linke. Nirgends ist das sensible Rindenfeld ein absolutes und zeigt geringere Intensität, als das motorische; trotzdem können aber Verletzungen bisweilen keine motorischen, wohl aber sensible Störungen hervorrufen.

Bei der Vergleichung seiner Resultate mit früheren Untersuchungen Anderer betont Verf., dass die Rindenfelder in einander übergehen, dass es auch relative Rindenfelder gibt und dass die Rindenfelder nicht auf beiden Hemisphären gleich sind.

Aus seinen Zusammenstellungen folgert E., dass wir in dem Rindenfeld ein complicirtes Centralorgan vermuthen können, in welchem auch Vorgänge stattfinden, welche nicht unmittelbar als motorische und sensible anzusprechen sind, und welches in einem Kernpunkte, als seinem intensivsten motorischen Gebiete, Fasern abgehen lässt, welche zuerst Verbindungen mit den übrigen Rindenorganen eingehen, dann durch den Hirnschenkel, wahrscheinlich in den langen Bahnen des Rückenmarks bis zu einem der Austrittsstelle der motorischen Nervenwurzeln nicht mehr fern liegenden Theile der grauen Substanz des Rückenmarks verlaufen. Die Vorgänge in den verschiedenen Rindenfeldern sind wahrscheinlich unter einander ähnlich und nur durch die Verbindungen mit den peripheren Nerven in ihren Aeusserungen verschieden. — Die Zerstörung des ganzen absoluten Rindenfeldes führt zu dauernder Lähmung; die anderen, durch circumscripte Läsionen der Rinde gesetzten Lähmungen verschwinden wieder, wobei allerdings die Möglichkeit bleibt, dass sich kleine dauernde Störungen der Beobachtung entziehen. Dass

Lähmungen von Muskelgruppen, die mit beiden Hemisphären in Verbindung stehen, zurückgehen, erklärt sich von selbst. Eine heftige Innervation in einem beschränkten Rindengebiete sucht auf die benachbarten Rindentheile überzugreifen; hierher gehört das Verziehen des Gesichtes bei Anstrengung der Hand- und Armmuskeln.

Die Erscheinungen, welche von den sensiblen Rindenfeldern ausgehen, lassen sich mit denen der motorischen vergleichen, die Anästhesieen entsprechen den Lähmungen, die Hallucinationen den epileptiformen Krämpfen.

Peretti (Andernach).

---

423. **Prof. M. Benedikt, Vorläufige Mittheilung über Nervendehnung.** (Wien. med. Presse. Nr. 30.)

Von dem Grundsatz ausgehend, die operative Behandlung eines Leidens könne nur von demjenigen ausgeführt werden, der die operativ zu behandelnde Krankheit wissenschaftlich beherrsche, hat sich B. entschlossen, die operativen Fragen in der Nervenpathologie und vor Allem die Frage der Nervendehnung, selbst in die Hand zu nehmen und glaubt, dass nur dann, wenn die Nervenpathologen diesem Beispiel folgten, verschiedene fragliche Punkte entschieden werden könnten. Von 4 Nervendehnungen über die er berichtet, betrafen drei den Ischiadicus — davon zwei bei typischen schweren Fällen und eine bei einem atypischen Fall von Tabes — und ein den Facialis bei veralteter Lähmung mit sekundärem Tic. convulsiv. Die ersten zwei Kranken mit Ischiadicusdehnungen und der Kranke mit Facialisdehnung befanden sich bereits in einem solchen Stadium der Reconvalescenz, dass B. glaubte folgende Schlüsse ziehen zu können: Ein grosser Theil der Symptome der Tabes wird günstig beeinflusst. Vor Allem verschwinden die neuralgischen Affectionen und zwar bei einseitiger Operation nicht nur in beiden unteren Extremitäten, sondern auch am ganzen Körper. Ebenso günstig werden die Gürtelgefühle und Spannungen beeinflusst. Die Anästhesie schwindet bei einseitiger Operation zuerst auf dem nicht operirten Beine und macht sogar einer Hyperästhesie der Sohlen Platz. Die Ataxie wird wesentlich gebessert, indicirt aber eine doppelseitige Operation. Die Gehfähigkeit bessert sich sehr erheblich. Die Sehnenreflexe wurden nicht beeinflusst. Die bei einem der beiden Kranken seit langer Zeit bestehenden Symptome: Paresis der Blase, Strangurie und Phosphaturie verschwanden. Die Pupillenstarre der amblyopischen Augen besserte sich nur bei einem der beiden Kranken. — Durch diese Resultate fühlt sich B. zu dem Ausspruch berechtigt, die Nervendehnung verwandle einen schweren Fall von Tabes in einen leichteren und sozusagen einen veralteten in einen prodromalen. Behufs eines weiteren Erfolges müsse man noch nach der Operation jene Therapie anwenden, die sich bei dem Leiden in einer gewissen Anzahl von Fällen und bis zu einem gewissen Grade als wirksam bewährt habe.

Die Dehnung des Facialis bewirkte, dass der Lagophthalmus schwand, dass der Krampf geringer wurde und dass die farado-musculäre Contractilität zurückkehrte und die galvano-musculäre Contractilität sich den normalen Verhältnissen näherte.

Was die Theorie der Wirkung der Nervendehnung anbelangt, so ist B. der Ansicht, dass bei peripherer Lähmung oder Anästhesie, sowie bei peripherer chronischer Neuralgie die durch die Dehnung hervorgerufene Reaction — Hämorrhagie am Nerven — als energischer Reiz auf die geschädigte Ernährung des Nerven wirke. Die Wirkung der Nervendehnung bei Tabes und excentrischen Neuralgien erklärt sich B. aus einer reflectorischen Beeinflussung des Ernährungszustandes eines spinalen Centrums.

Die Nervendehnung müsse bei Tabes vor Allem im Prodromalstadium vorgenommen werden. Dass bei Individuen, die für solche Processe inclinirt seien, Recidive erfolgten, sei kein Argument dafür, den Krankheitsprocess nicht beeinflussen zu wollen.

Ungar.

---

244. **Schultze** (Heidelberg), **Zur Frage von der Heilbarkeit der Tabes.** (Archiv für Psychiatrie XII. 1. Heft.)

Erb hat zwei Fälle von Tabes beschrieben, bei denen eine Heilung resp. eine an Heilung grenzende Besserung beobachtet wurde. Verf. hatte Gelegenheit den einen dieser Fälle weiter zu verfolgen und einen Sectionsbefund zu liefern. Die Anfangssymptome der Erkrankung waren zum grössten Theil zurückgegangen, es bestand nur noch Blasenschwäche und Fehlen der Patellarreflexe. Trotz der Geringfügigkeit der Symptome fanden sich bei der Autopsie — eine intercurrente Krankheit hatte den Tod zur Folge gehabt — ausgebreitete Läsionen des Rückenmarks. Es zeigte sich nämlich eine diffuse Degeneration mittlerer Intensität der Hinterstränge im Lendentheil; Degeneration der äusseren Abschnitte der Keilstränge oder Hinterstrangbündel im Dorsaltheil, und zwar am schwächsten im untersten Viertel desselben; partielle Degeneration der Keilstränge, besonders in den äusseren Abschnitten, aber ausgedehnter als im Dorsaltheil in dem Halstheile; geringfügiges Ergriffensein der Goll'schen Stränge. Mit Rücksicht auf den anatomischen Befund musste das Fehlen der Patellarreflexe mit der Degeneration der Hinterstränge im Lendentheile zusammengebracht werden. Trotz der Läsion der äussern Parthien der Keilstränge fast im ganzen Rückenmark war dauernde Ataxie nicht vorhanden gewesen, die diffuse Hinterstrangdegeneration in der Lendenanschwellung hatte keine dauernden Anästhesien oder Parästhesien zur Folge gehabt. Aus dem Angegebenen folgt, dass eine Hinterstrangdegeneration nicht zugleich mit gewissen Symptomen, welche auf dieselben zurückgeführt werden, zu schwinden braucht. Eine Rückbildungsfähigkeit des der Tabes zu Grunde liegen-

den anatomischen Processes in seinen ersten Anfängen erscheint nicht unwahrscheinlich, während eine Regeneration bei atrophirenden Zuständen sehr zweifelhaft ist. Wie sich die Nervendehnung, deren zeitweiliger Einfluss auf verschiedene Symptome der Tabes festgestellt ist, zu der Regeneration der atrophirten Parthie in den Centralorganen verhält, ist uns zur Zeit noch nicht verständlich.

Eickholt (Grafenberg).

---

425. **Seppilli, I riflessi tendinei negli alienati.** Die Sehnenreflexe bei den Geisteskranken. (Ref. in der Rev. méd. de la Suisse. Rom. 1881. 10.)

1. Die Sehnenreflexe bieten verschiedene Intensitätsgrade bei jeder Form von Geisteskrankheit.
2. Das Kniephänomen wird öfter beobachtet, als das Fussphänomen, und alle beide können fehlen, ohne dass Symptome von Tabes existiren.
3. Das Kniephänomen ist häufiger in den Zuständen grosser Aufregung als in denen der Depression und der angeborenen oder erworbenen Geistesschwäche.
4. Bei alten Hemiplegien cerebralen Ursprungs sind die Sehnenreflexe verstärkt bis zum Eintritt clonischer Krämpfe des Fusses und zuweilen des Unterschenkels. Diese Phänomene können sich schon wenig Stunden nach Eintritt der Hemiplegie zeigen; die forcirte Plantarflexion der grossen Zehe hebt den Clonus des Fusses nicht auf.
5. Die bis zur Lendenanschwellung sich erstreckende Degeneration der Hinterstränge des Marks hebt die Sehnenreflexe an Fuss und Knie vollständig auf.
6. Die Sehnenreflexe sind Spinalreflexe und werden wahrscheinlich durch einen Reflexbogen vermittelt, welcher von dem die Hautreflexe übertragenden verschieden ist.

Brockhaus (Godesberg).

---

426. **De Renzi, Studj sulla corea.** Studien über Chorea. (Annal. univ. di medic. e chirurg. Heft 8.)

Verfasser beschreibt drei von ihm beobachtete Fälle von Chorea minor. Im ersten war hauptsächlich, im dritten ausschliesslich die linke Seite der Sitz der choreatischen Bewegungen und blieb in diesem letzteren noch längere Zeit nach der Heilung Hemiparese der linken oberen und unteren Extremität zurück. Der Sitz der Krankheit ist

nach R. das Grosshirn und zwar die Stelle der Basis, die in der Mitte zwischen der vorderen motorischen und der hinteren sensiblen Zone liegt. Je nachdem sich der Erkrankungsheerd mehr nach vorn oder nach hinten erstreckt, gehören die Krankheitserscheinungen mehr der motorischen oder der sensiblen Sphäre an. Als Beweis für diese Behauptung führt er an: 1. den von verschiedenen Autoren (Broadbent, Romberg u. A.) gebrachten directen Nachweis von krankhaften Veränderungen im Gehirn bei letal verlaufenen Fällen von Chorea, 2. die Aetiologie; sehr oft wird die Erkrankung hervorgerufen durch heftige Gemüthsbewegungen, Schreck, Angst und dergl. oder durch Nachahmung, wie dies R. in zwei Fällen beobachtete, 3. die im Verlauf der Chorea fast regelmässig beobachteten Veränderungen des moralischen Charakters und der intellectuellen Sphäre. Dass diejenigen Fälle von Chorea, welche Hemiplegien vorangehen oder ihnen folgen, cerebralen Ursprungs sind, ist selbstverständlich. Die von Chauveau, Bert u. A. an Thieren, welche Erscheinungen der Chorea darboten, gemachten Experimente, die als wahrscheinlichen Sitz der Krankheit das Rückenmark, spec. die Hinterhörner und die letztere mit den motorischen Zellen verbindenden Nervenfasern annehmen lassen, hält R. nicht für beweisend, da verschiedene Gründe (längere Dauer der Erkrankung, Entstehung aus ganz andern Ursachen etc. bei den Thieren) dafür sprechen, dass die Chorea der Thiere keine der der Menschen analoge Krankheit ist und vielmehr als Sclerose der nervösen Centralorgane aufgefasst werden muss. Therapeutisch empfiehlt R. warm die Galvanisirung des Rückenmarks mit dem aufsteigenden Strom, doch muss mit einer geringen Stromstärke begonnen und dieselbe allmählich gesteigert werden. Schon nach 3—5 Tagen sah er bei dieser Therapie in Verbindung mit Eisenpräparaten und kleinen, allmählich steigenden Dosen von Sol. Fowleri günstige Erfolge und schliesslich vollständige Heilung. Von der Anwendung des inducirten Stromes sah er keine Wirkung.

Brockhaus (Godesberg).

---

427. **Buch** (Helsingfors), **Ueber die Behandlung der Hyperämie des Gehirns und der Hirnhäute mit Hautreizen.** (Archiv für Psychiatrie. XII. Bd. 14. 1.)

Die sog. Ableitung auf die Haut ist in der neueren Zeit, welche von einem Mittel nicht nur verlangt, dass es wirkt, sondern auch wissen will, warum es wirkt, sehr in Misscredit gerathen. Verf. will den Baunscheidt'schen Schnepper, den kräftigsten Vertreter der Hautreizmittel, wieder zu Ehren bringen und beschreibt sieben Fälle von Gehirnhyperämie, in denen die Anwendung desselben von Erfolg begleitet war. Die Symptome bestanden in Flimmern vor den Augen, Schwindelanfällen und heftigen Kopfschmerzen; nach ergiebiger Beschnepperung des Rückens wurden sie rückgängig. In Betreff des Zu-

standekommens der günstigen Wirkung der Hautreize haben die Untersuchungen von Heidenhain, Schüller u. A. ergeben, dass durch Hautreize, wenn dieselben extensiv und intensiv genügend sind und zugleich eine gewisse Stärke nicht überschreiten, die Hauttemperatur erhöht und die Innentemperatur herabgesetzt wird. Die Piagefässe werden nach anfänglicher Erweiterung stark und dauernd verengt und zugleich wird die Stromgeschwindigkeit im ganzen Körper, also auch innerhalb der Schädelhöhle erhöht. In Folge dessen wird durch die Contraction der Gefässe die Hyperämie des Gehirns und seiner Häute direct aufgehoben resp. herabgesetzt. Ausserdem kommt der depletirende Einfluss der peripheren Congestion in Betracht und zwar wird dieser sich um so mehr geltend machen, wenn die Gefässe der zu depletirenden und des künstlich hyperämisirten Organs in directer Verbindung mit einander stehen, wie es zwischen Gehirn- und Rückenmark einerseits und der Rückenhaut anderseits der Fall ist. Unter den Methoden der Hautreizung dürfte die Baunscheidt'sche Methode den Vorzug verdienen da sie allen Indicationen entspricht und namentlich eine Erweiterung, der Gefässe, wie sie bei starken Reizen vorkommt, vermieden wird.

Eickholt (Grafenberg).

428. **Dr. Unruh** (Dresden), **Ein Beitrag zur Pathologie der Diphtheritis.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde XVII. Band, 2 und 3. Heft. 1881.)

Bei Beurtheilung der Schwere eines Falles kommt es darauf an, ob der Process localisirt verläuft oder ob Allgemeininfection eintritt; nicht das Fieber, nicht die Drüsenanschwellungen, sondern die Albuminurie ist das erste und absolut sichere Zeichen der stattgehabten allgemeinen Infection, sie fehlt nach dem Verfasser in keinem Falle, wo man bereits aus andern Gründen das Vorhandensein der Allgemeininfection voraussetzen muss und man kann das Vorhandensein der Allgemeininfection ausschliessen, wenn nicht Albuminurie vorhanden ist. Verfasser hat in 53 Diphtheritisfällen täglich während des ganzen Verlaufs den Urin untersucht, in 16 Fällen trat Albuminurie ein, und zwar nur in den Fällen zeigte sich Albuminurie, in welchen die lokale Affektion länger als 6 Tage dauert, ohne sich zu begrenzen, in keinem Falle, der länger als 7 Tage bis zur Begrenzung der lokalen Affektion brauchte, fehlte die Albuminurie, die Albuminurie ist desshalb keine Nachkrankheit der Diphtheritis, sondern eine Complication, wenn nicht eine constante Erscheinung und ein regelmässiges Glied der Allgemeininfection. Die Intensität der Albuminurie schwankte innerhalb ausserordentlich weiter Grenzen, von schwacher Opalescenz bis zu relativ hohen Volumprocenten, in keinem Fall fehlten Cylinder, selten waren Blutkörperchen zu finden, und zwar war die Quantität des Albumens

abhängig von der Intensität der Ausbreitung des diphtheritischen Processes. Verf. nimmt an, dass die Albuminurie nicht bedingt ist durch parenchymatöse oder interstitielle Processe, sondern durch eine durch die Allgemeininfection bedingte Transsudationsstörung.

Kohts (Strassburg).

---

429. **Nacke** (Colditen), **Casuistische Beiträge zur Tracheotomie.** (Berliner klinische Wochenschrift 1881. Nr. 38.)

Bei einem dreijährigen Knaben wurde wegen Diphtheritis laryngis die Tracheotomie gemacht, 5—6 Knorpelringe durchtrennt und eine silberne Canüle mittleren Calibers eingelegt.

10 Tage nach der Operation drang plötzlich neben der Canüle reichlich Eiter hervor und es zeigte sich bei näherer Besichtigung, dass die vordere Trachealwand in der Mitte in einer Länge von ca. 4 cm völlig getrennt und die Ränder weit von einander entfernt waren. Die völlig aufgeklappte Trachea schloss sich innerhalb 10 Tagen; es zeigte sich später eine eigenthümliche Sprachentwicklung, indem die Sprache nur nach Husten klingend und monoton war, die Worte nur während der Inspiration, nicht der Exspiration gesprochen wurden. Nach einer später aufgetretenen rechtsseitigen Bronchopneumonie wurde die Stimme lauter aber noch heiser, die Worte jetzt wieder während der Exspiration gesprochen. Die Stimme bekam erst nach mehreren Wochen wieder ihren normalen Klang.

Ausserdem zeigte das Kind nach Heilung der Operationswunde deutlich ausgeprägte Erscheinungen von Parese der Beine und Ataxie, die mit kalten Abreibungen des Rückens und der Beine behandelt wurden.

Ein anderes $3^1/_2$-jähriges Mädchen starb in Folge einer starken venösen Blutung, die trotz rascher Beendigung der Operation nicht gestillt werden konnte.

Im Anschlusse an diese beiden Fälle macht Verf. noch einige Bemerkungen über die Anwendung von Pilocarpin bei Diphtheritis. In den meisten Fällen (schwerer und leichterer Art), in denen Verf. dieses Mittel in noch grösserer Dosis (0,05 : 100 $^1/_2$ — 1 stündl. 1 Esslöffel für 7—10 jährige Kinder) als Guttmann anwendete, trat selbst nach diesen grossen Dosen keine Salivation ein und nur in einem Falle wirkte es bald und intensiv. Fieber und Verlauf der Krankheit selbst schien nicht irgendwie durch das Mittel beeinflusst.

Seifert (Würzburg).

---

430. **Dr. Seeligmüller** (Halle), **Ueber Chorea magna und ihre Behandlung.** (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 43.)

Verf. schlägt vor, den Namen Chorea magna aus der Pathologie ganz zu streichen und statt dessen die einschlägigen Fälle „der Hysterie im Kindesalter" zu subsumiren. Er unterscheidet folgende Formen von Hysteria infantilis: 1. Die maniakalische Form, welche die Autoren vornehmlich als Chorea magna beschrieben haben: 2. die hypnotische Form; 3. die epileptische Form; 4. die convulsivische Form. Bei den vom Vf. beobachteten Fällen von Chorea magna traten überall Erscheinungen in den Vordergrund, welche als Cardinalsymptome der Hysterie angesehen werden. Vor allem der Unterleibsschmerz, die Ovarie, welche in einem Falle sich auch eines Tages auf der entgegengesetzten Seite zeigte, also Transfert; sodann die psychischen Erscheinungen, die Sucht zu Uebertreibungen, Simulation etc. überhaupt kein einziges Symptom, welches sich nicht auch bei der Hysterie unterbringen liesse.

Die Therapie anlangend, kann Verf. nicht genug das schon von v. Ziemssen empfohlene Uebergiessen mit kaltem Wasser rühmen. Ein Glas Wasser rücksichtslos ins Gesicht gegossen, um sofort die Anfälle verschwinden zu machen, welche auf Bromkali und andere Nervina sich nicht gerührt hatten.

Kohts.

---

431. **Dr. G. Gärtner, Ein Beitrag zur Theorie der Harnsecretion.** Aus dem Institute des Herrn Prof. Stricker. (Medic. Jahrbücher. 1881. II. Heft. pg. 287.)

Nachdem durch die früheren Untersuchungen, von welchen die von Ludwig und Thiry, und Grützner angeführt werden, gefunden worden, dass die Harnsecretion abhängig sei von den Circulationsverhältnissen in den Nieren, und besonders die Thatsache verständlich gemacht war, dass in Folge der Reizung der medulla oblongata Contraction der Gefässe, Beschränkung der Circulation in der Niere und Beschränkung der Harnsecretion zu Stande kommt, blieb noch die Erscheinung paradox: nach Injection von Strychnin oder Digitalis ins Blut stellt sowohl die intacte, als die entnervte Niere die Secretion ein (Grützner). Verf. bezweifelt die Erklärung, nach welcher das Strychnin auf die peripheren Enden der Gefässnerven oder auf die Gefässe selbst wirke und prüft die Behauptung durch neue Versuche.

Verf. entnervte die Niere, indem er sie aus ihrer Kapsel herausschälte und die mit blossem Auge erkennbaren Nerven zerstörte. Da aber ältere Versuche von Morison zeigten, dass die Niere infolge solcher mechanischer Misshandlung schlecht secernirte, wurde sie in ihre frühere Lage zurückgebracht und die Secretion erst 4—5 Stunden nach-

her beobachtet. In anderen Versuchen wurde statt der Entnervung der splanchnicus durchschnitten. Das Resultat war: „Strychnineinspritzung erzeugt in der entnervten Niere Beschleunigung der Secretion und die so erzeugte Erhöhung des Blutdrucks wirkt nicht anders auf die Niere, als die durch electrische Reizung der Medulla oder durch Erstickung bedingte.“ Der Versuch mit Digitalis kam nicht zu Ende, es liess sich aber constatiren, dass in keiner Periode der Digitaliswirkung die Secretion völlig still stand.

Finkler.

---

423. **Dr. Fiori** (Assistent der propädeut. Klinik in Turin), **L'albuminuria in rapporto specialmente coll'accesso epilettico.** Die Albuminurie und ihr Verhältniss zum epileptischen Anfalle. (Studi e considerazioni critiche.)

Nach einer Darlegung der bisherigen Literatur und besonders der Huppert'schen Untersuchungen trägt Verf. mehrere eigene Beobachtungen von transitorischer Albuminurie nach konvulsivischen Anfällen vor, unter denen einen Fall von Epilepsie, einen von Katalepsie und einen von Hysterie.

Nebst Eiweiss fand F. mitunter im Harne hyaline Cylinder. Blutkörperchen, Samenfäden und Zucker: nach dem Anfalle war der Urin im Allgemeinen reichlicher, klar, von sehr saurer Reaction, und zeigte einen Bodensatz von freier Harnsäure. In einem Falle von Epilepsie, während der unmittelbar nach dem Anfalle entleerte Harn sehr sauer reagirte und Krystalle von Harnsäure ausschied, war die Reaction des etwa zwei Stunden später entleerten Harnes alkalisch. In den Tagen der Anfälle nahm die absolute Harnstoffmenge zu, während die absolute und relative Phosphorsäuremenge abnahm.

Bei Thieren erzeugte Vf. mittelst verschiedener Methoden krampfhafte Anfälle, nach diesen beobachtete er oft transitorische Albuminurie mit Zunahme der Harnmenge, Abnahme des specif. Gewichtes, der Urin enthielt mitunter Cylinder und Blut. Oft änderte sich die Harnreaction d. h. bei Carnivoren wurde nach den Anfällen die normal saure Reaction alkalisch, umgekehrt bei Herbivoren.

Aus der Literatur und seinen klinischen experimentellen Beobachtungen zieht F. die Folge, dass die Albuminurie kein pathognomonisches Symptom des epileptischen Anfalles ist. Auch die alleinige Anwesenheit des Albumen im Harne der Epileptischen kann nicht die Frage des anatomischen Ausgangspunktes der Epilepsie entscheiden. Indessen nimmt Vf. an, dass der Ausgangspunkt des epileptischen Anfalles in der Hirnbasis zu suchen ist, und dass die Epilepsie, die Albuminurie, die Polyurie und Glucosurie nach Verletzungen der Grosshirnlappen der reflectorischen Wirkung auf das verlängerte Mark zuzuschreiben sind.

Zum letzten berührt Verf. die Frage der Pathogenese der Albuminurie. Er glaubt sich zur Annahme berechtigt, dass die einzige nöthige Bedingung des Ueberganges von Eiweiss in den Urin nicht die fluxionäre oder Stauungshyperämie, nicht der veränderte Blutdruck (denn all diese Bedingungen können Anlass zur Albuminurie werden) sondern lediglich der Tonusverlust der Nierengefässwandungen und besonders der Malpighischen Knäuel ist; sei es, dass dieser Verlust von vasomotorischer Lähmung, wie in der Epilepsie, oder von materiellen Störungen der Gefässwandungen (sklerotische Entartungen) erzeugt werde.

Mya (Turin).

---

433. **Seppilli** und **Riva**, **Sull' azione della Josciamina e sul suo valore terapeutico nelle malattie mentali.** Ueber die Wirkung des Hyoscyamins und seinen therapeutischen Werth in Geisteskrankheiten. (Ref. in der Rev. méd. de la Suisse. Rom. 1881. 10.)

Das Hyscyamin wirkt nach den Untersuchungen der Vf. auf die Circulation, indem es anfangs die arterielle Spannung durch Reizung des vasomotorischen Centrums vermehrt, während nach einiger Zeit das Umgekehrte eintritt. Die Körpertemperatur erhöht es um einige Zehntelgrade. Die Energie der nervösen Centren wird herabgesetzt; die der Einwirkung des Mittels unterworfenen Individuen zeigen verminderte Willenskraft und Langsamkeit im Denken und Sprechen. Als Grund dieser Erscheinungen ist Congestion zum Gehirn und veränderte Ernährung der nervösen Elemente unter dem Einfluss des Alkaloids anzusehen.

Bei Geisteskranken gaben die Verf. das Mittel meist in einer Tagesdosis von 0,005—0,01 subcutan; in einigen Fällen von chronischer Manie und von Dementia mit Aufregungszuständen gingen sie bis zu 0,015 und in 2 Fällen bis 0,03 pro die. Sie empfehlen, anfangs nicht über 0,002—0,004 zu geben, bis man die Empfindlichkeit des Kranken gegen das Mittel kennen gelernt hat. Betreffs seiner therapeutischen Wirkung kommen sie zu folgenden Schlüssen:

1. Das Hyoscyamin hat eine beruhigende, schlafmachende Wirkung, ist aber weniger empfehlenswerth als die andern bekannten Hypnotica wegen der bei längerer Anwendung eintretenden Unzuträglichkeiten.
2. Es kann von Nutzen sein bei der recurrirenden Manie, da es, während der Vorboten des Anfalls gereicht, diesen wenn nicht verhüten, so doch schwächen kann.
3. Zuweilen mässigt es die Heftigkeit und vermindert die Häufigkeit der epileptischen Anfälle.
4. Da es subcutan ohne die Haut zu reizen angewandt werden kann und seine Wirkung, wenn auch von kurzer Dauer, doch prompt

und sicher eintritt, so ist es von Nutzen in den Fällen, wo die Kranken sich weigern Chloral zu nehmen und wo dieses Mittel nicht per Klysma gegeben werden kann, ferner dann, wenn es sich darum handelt, eine momentane Beruhigung der Kranken behufs Ueberführung in eine Anstalt zu erzielen.

Brockhaus (Godesberg).

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einzusenden.

Neue Bücher.

De la Cueva, Des Anévrismes multiples. Paris, O. Berthier. 2 fr. 50 cts.
Edis, Diseases of Women, including their pathology, causation, symptoms, diagnosis and treatment. A Manuel for students and practioners. With Illustrations. London, Smith and Elder. 12 sh. 6 d.
The International Encyclopaedia of Surgery, A Systematic treatise on the Theory and Practice of Surgery. Ed. by J. Ashhurst. Illust. with Chromolithographs and woodengravings. Vol. I. 31 sh. 6 d.
Fothergill, Indigestion, Coliousness and gout in its protean aspects. Part 7. Indigestion and biliousness. New-York, Cloth. 12 M.
Gowers, Epilepsy and other chronic convulsive diseases; their causes, symptoms and treatment. London, Churchill, 10 sh. 6 d.
Grashey, Die Wellenbewegung elastischer Röhren und der Arterienpuls des Menschen. Sphygmographisch untersucht. Leipzig, F. C. W. Vogel. 8 M.
Gross, practical treatise on impotence sterility and allied disorders of the male sexual organs. Illustrated. Philadelphia. 8 M.
Guyet, De l'instinct des malades en thérapeutique. Paris, Doin.
Hall, Drink Thirst: its Medical treatment. London, Warren Hall. 2 M.
Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Herausg. v. Ziemssen. Bd. 10. Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane v. C. Schröder. 5. Aufl. Leipzig, F. C. W. Vogel. 10 M.
Hartmann, Krankheiten des Ohrs und ihre Behandlung. Mit 34 Holzschn. Kassel, Fischer. geb. 5 M.
Haward, A Treatise on orthopaedic surgery, with 30 Illustrations engraved on wood.
Contents, I. Talipes, II. Torticolis, or Wry-Neck, III. Distortions of the Upper Extremity, IV. Distortions of the Lower Extremity, V. Contracted Cicatrices, VI. Ankylosis, VII. Rickets, VIII. Lateral Curvature of the Spine. London, Longmans, Green & Comp. 12 sh. 6 d.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 26. November. Nro. 31.

434. **von Ziemssen, Statistisches über die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse von Typhus, Pneunomie, Pleuritis, Bronchitis, Angina, Rheumatismus artic. acutus und Phthisis pulmonum.** (Annal. der städt. allg. Krankenh. zu München 1876/77, herausgeg. von Prof. v. Ziemssen 1881. S. 513.)

Verf. theilt die Ergebnisse mit, welche er aus einem statistischen Beobachtungsmaterial von $14^1/_4$ Jahren (bei einem Krankenstand von jährlich gegen 10 000) gewonnen hat. Zur numerischen Verarbeitung des Gesammtmaterials nach vom Verf. aufgestellten Gesichtspunkten ist seit Jahren eigens ein statistischer Hilfsarbeiter angestellt. Ausser den schon in einer früheren Arbeit (Bd. I der Annalen) berücksichtigten Momenten sind für die letzten 4 Jahre (75—79) als neue Gesichtspunkte in Betracht gezogen worden die Geschwindigkeit der Luftbewegung und die Topographie der Erkrankungen in der Stadt nach politischen Bezirken, Strassen und Häusern, Höhenlage der Wohnungen

nach Stockwerken, Vorder- und Rückgebäuden. Unter den zahlreichen Ergebnissen für die obigen Krankheiten (die Variola findet wegen ihrer geringen Frequenz während der letzten Jahre keine Berücksichtigung) sind von besonderem Interesse die folgenden.

Die höchste Krankheitsziffer weist der Typhus abdom. auf 8980, demnächst Phthisis pulm. 4601, Angina catarrh. et phlegmon. 3872, Bronchitis ac. et chron. 3513, Polyarthritis rheumat. acut. et chron. 2937, Pneumonia croup 1699, Pleuritis 1418. Beim Typhus überwiegen die männlichen nur wenig über die weiblichen Kranken, bei den angeführten Erkrankungen der Respirationsorgane aber, namentlich bei der Phthisis ungefähr um das Doppelte, während die Weiber für den Gelenkrheumatismus und noch mehr für die Angina ein grösseres Kontingent stellen als die Männer.

Typhus abdomin. Gesammtmortalität ($14^1/_4$ Jahre) 11,45%. Auf 100 Typhuskranke kamen 52,34 Männer, 47,66 Weiber. Altersgruppe von 21—25 weitaus am meisten belastet (über ein Drittel aller Fälle). Der Einfluss der Jahreszeit, des Grundwassers und der Regenmengen ist durch Tabellen und ein Diagramm illustrirt. Daraus ergibt sich die Richtigkeit des (Bd. I) schon formulirten Schlusssatzes: „Die Typhus-Erkrankungs- und Absterbeordnung im Krankenh. l. J. für die Zeit von 1865/66—1879 (incl.) steht im umgekehrten Verhältniss zum Stande des Grundwasserspiegels und der Regenmenge. Reichliche und anhaltende meteorische Niederschläge und stärkere Durchfeuchtung der oberen Bodenschichte löschen in München die Typhus-Epidemien aus."

Pneumonia croup. Sterblichkeit im Ganzen von 1876 bis 1879 von 18,6 auf 16,8% gesunken, bei den Männern 15,8%, bei den Weibern 19,1%. Unter 100 Kranken 68,9% männl., 31,08% weibl. Grösste Häufigkeit im Alter von 16—30, besonders 21–25. Die Frühlingsmonate sind etwas stärker als die Wintermonate, diese wiederum bedeutend stärker belastet als die Herbst- und Sommermonate. In einem Diagramm wird die Pneumonie-Frequenz zusammengestellt mit den Temperatur- und Luftdruck-Schwankungen, die in den letzten Jahren auch mit der Luftgeschwindigkeit, wonach ein Einfluss dieses atmosphärischen Momentes vorhanden zu sein scheint. Doch wagt Verf. noch keine sichere Schlussfolgerung daraus zu ziehen.

Die Sterblichkeit bei Pleuritis betrug 7,4%, bei Männern 9,3%, bei Weibern 3,8%. Grösste Frequenz der Erkrankung im März—Mai, ziemlich gleich im Sommer und Winter, am geringsten im September bis November.

Von den an Angina Erkrankten trafen in 4 Jahren 33,5% auf das männliche, 66,5% auf das weibliche Geschlecht; im früheren Bericht über 10 Jahre betrug das Verhältniss 40,5 : 59,5%. Als Ursache dieses Verhältnisses wird die Art der Hausarbeit der Weiber in den niederen Ständen, sowie die leichtere Halsbekleidung der Weiber angeführt. Die Häufigkeits-Skala der letzten 4 Jahre bezüglich der Jahreszeiten lautet sowohl für Angina wie für Bronchitis absteigend: Winter, Frühling, Herbst, Sommer.

„Die Polyarthritis rheumatica, eine der häufigsten Erkrankungen auf dem ganzen oberbayr. Hochplateau, betrifft an Häufigkeit die Pneumonie und Pleuritis weitaus. Sie ist bei Weibern etwas häu-

figer als bei Männern." Das weitaus grösste Kontingent liefert die Altersgruppe von 16—30, und unter dieser wiederum die von 21—25 Jahren.

Phthisis pulmon., am häufigsten im Winter, demnächst im Frühling, seltener im Sommer und Herbst, ihre Mortalität beträgt 40,04% und ist am grössten im Frühling, demnächst im Sommer und Winter, am geringsten im Herbst. Mortalität im Verhältniss zur Gesammtsterblichkeit 24,7%, im Verhältniss zur Gesammtmorbidität 1,6%.

Der 2. Theil der Arbeit enthält eine Topographie der Morbidität in der Stadt München nach Bezirken und nach der Höhenlage der Wohnräume. Dieselbe ist, da Morbiditätslisten aus der Privatpraxis nicht zu erhalten sind und anzunehmen war, „dass das Erkrankungsverhältniss der ärmeren und dienenden Klassen in topographischer Hinsicht ein ziemlich getreues Bild der Morbiditäts-Topographie der Gesammtbevölkerung der Stadt liefern würde," ermittelt an dem Beobachtungsmateriale der Krankenhäuser pro 1876—79. Alle Fälle der genannten 7 Krankheiten wurden einerseits nach Stadtbezirken, Strassen und Häusern, andrerseits nach der Höhenlage der Wohnräume innerhalb der Häuser geordnet, und die Procentverhältnisse zur Bevölkerung der Stadtbezirke berechnet. Eine kartographische Darstellung, in welcher die verschiedenen Procentzahlen durch Farben unterschieden sind, veranschaulicht das Morbiditätsverhältniss der einzelnen Bezirke zu einander für jede der 7 Krankheiten. Wenngleich die Verhältnisszahlen beeinflusst sind von der Vertheilung der Spitalgäste auf die einzelnen Stadtbezirke, so ist doch ein Vergleich der verschiedenen Krankheiten unter sich innerhalb eines Gebietes, in welchem die Vertheilung sich gleich bleibt, von grossem Interesse. Zur Vermeidung des erwähnten Mangels will v. Z. später auch den Antheil, den die einzelnen Bezirke an der Gesammtfrequenz der Spitäler nehmen, berechnen, und zur weiteren Aufklärung die Topographie noch auf Strassen und Häuser einengen lassen, wie es für den Typhus bereits geschehen ist. Das Ergebniss des Versuches, in den Höhenlagen der Wohnräume Krankheitsquellen zu entdecken, ist vorläufig wegen der zu kurzen Beobachtungszeit und wegen der noch zu beseitigenden Fehlerquellen ein mehr negatives. Feststehen dürfte einstweilen nur, dass mit Ausschluss des Parterre, in welchem Erkrankungen besonders häufig sind, die Disposition zu Erkrankungen mit der Höhe der Stockwerke zunimmt.

Stintzing (München).

---

435. **Roth** (Bamberg), **Ueber die Verbreitung des Abdominaltyphus nach Wasserläufen.** (Aerztl. Intelligenz-Blatt Nr. 44.)

Im Jahre 1876 und 77 trat in dem Thale eines Baches, von dem 6 Ortschaften durchflossen werden, eine Typhusepidemie auf, die aus einer Einwohnerzahl von 2076 Personen 59 Individuen betraf, also 2,8 Proc. der Bevölkerung; 12 dieser Fälle endeten tödtlich.

Der 1. Fall betraf einen 20-jährigen jungen Mann aus dem am weitesten bachaufwärts gelegenen Dorfe und von da aus wurden der Reihe nach die bachabwärts gelegenen Dörfer von Hausepidemien befallen, insbesondere beherbergten sämmtliche Mühlen des Thales Typhoidkranke und zwar nur solche, welche in der betreffenden Mühle erkrankt waren. Die Oertlichkeit der einzelnen befallenen Dörfer unterstützt die Annahme, dass der Bach der Träger des Typhuskeimes gewesen ist (über die Art der Infection des 1. Falles liess sich nichts Bestimmtes eruiren); die befallenen Häuser sind im Ganzen und Grossen an den Lauf des Baches gruppirt oder liegen doch demselben sehr nahe. In einem Orte blieb der südliche Theil, der von einem besonderen auf den benachbarten Höhen entspringenden Bache gespeist wird, von Erkrankungen völlig frei.

In einigen Fällen konnte die Möglichkeit von Trinkwasserinfection angenommen werden (eine Quelle war durch Bachwasser verunreinigt), bei den übrigen Fällen musste bei der Frage nach dem Modus, wie durch das Wasser Infectionskeime in den menschlichen Körper gebracht werden können, namentlich das Gebrauchswasser herbeigezogen werden.

Ein Beispiel einer so fortlaufenden Kette von Ortsepidemien längs eines Baches fand Verf. nicht wieder in der Literatur.

Seifert (Würzburg).

436. **Toussaint, H., Sur le parasitisme de la tuberculose.** Ueber den Parasitismus der Tuberculose. (Comptes rendus T. XCIII. Nr. 7.)

Verf. beschreibt den Parasiten der Tuberculose. Er stellte mit Blut und Gewebssäften von 2 tuberculösen Kühen und 1 tuberculösen Schwein mittelst Fleischbrühe Culturen an, welche zu reichlicher Vervielfältigung eines Mikroorganismus führten, der sich in Form kleiner Körnchen darstellte, die isolirt oder zu 2 bis 10 vereinigt oder in kleinen unregelmässigen Gruppen zu sehen waren und einen Durchmesser von 0,0001 bis 0,0002 mm hatten. Durch Impfungen auf Kaninchen und Katzen überzeugte sich Verf. von der Fähigkeit der Culturen, locale und generelle Tuberculose zu erzeugen.

Lüderitz (Jena).

437. **Dr. J. Widder, Ueber Iritis syphilitica mit Rücksicht auf ihr Verhalten zur allgemeinen luetischen Diathese.** (Arch. f. Ophthalm. XXVII. Band. Abth. 2. Seite 99—170.)

Verf. giebt einleitend einen kurzen historischen Ueberblick über die Entwicklung der Lehre der Syphilis. Er adoptirt die von Zeissl durchgeführte Scheidung der Lues in ein Stadium der nässenden Papeln

und in ein Stadium der gummösen Neubildungen. Weiterhin erörtert W. das Verhältniss zwischen luetischen Erkrankungsformen der Iris und der allgemein luetischen Diathese unter besonderer Berücksichtigung der Frage nach der Entwicklungsphase der Syphilis, in welcher vorzugsweise die specifischen Iritiden vorkommen. — Nach den dem Verf. zur Diposition gestandenen einschlägigen Materialien der Klinik von Arlt von einem Zeitraume von mehr denn 6 Jahren, kommt er zu dem Ergebnisse, dass die Iritis specifica ein Frühsymptom der constitutionellen Syphilis ist, „sie ist ein Produkt des condylomatösen Stadiums". Die in der Spätperiode der Syphilis sich einstellenden Regenbogenhaut-Entzündungen, die höchst selten sind, sind nicht als wahre luetische Processe anzusehen, sondern sind für gewöhnlich nur Iritiden in einem syphilitischen Individuum, „das bereits der Cachexie unterliegt". Die Aetiologie für diese Formen ist die gleiche, wie für die Regenbogenhaut-Affectionen, welche sich nach langwierigen Krankheitsprocessen, die einen wenn auch nur zeitweiligen Marasmus bedingen, einstellen (nach Typhus, Intermittens etc.). Für diese Auffassung spricht auch die häufige Wirkungslosigkeit der Mercurpräparate; ja nicht selten tritt bei Anwendung derselben sogar eine Verschlimmerung der Krankheitsprocesses ein.

Was die sogen. Iritis gummosa in Bezug auf ihr Verhalten zum allgemeinen Verlauf der Syphilis betrifft, so tritt W. der allgemeinen Anschauung, dass dieselbe in einer späteren Periode der Lues vorkomme, entschieden entgegen. — Sie gehört vielmehr ebenfalls dem condylomatösen Stadium an. Dabei muss in der Nomenclatur dieser Form eine Rectification nach der Richtung hin erfolgen, dass man Iritis papulosa sagt. Denn, was im Allgemeinen schlechthin als gumma iridis bezeichnet wird, verdient aus anatomischen wie aus klinischen Gründen den Namen einer Gummigeschwulst nicht, sondern den einer syphilitischen Papel. — Schliesslich discutirt Verf. noch die Frage, ob es auch eine Iritis der Tertiär-Periode, eine wahre Iritis gummosa gebe, und erledigt dieselbe in bejahendem Sinne, indem er eine diesbezügliche Krankengeschichte mittheilt, welche das klinische Vorkommniss eines wahren Gumma erhärtet.

Zur letzteren Kategorie gehören auch die von Alt, v. Hippel, Wecker, Stellwag und Mooren publicirten Fälle. — Auch von practischem Standpunkte erscheint die strenge Scheidung zwischen Iritis pustulosa und wahrer Iritis gummosa von Werth, „indem in dem gummösen Stadium der Syphilis Jodpräparate dieselbe Rolle spielen, wie Mercur in der Frühphase der Lues".

Eversbusch (Münschen).

---

438. **Dr. J. Rabuske**, Stabsarzt in Berlin, **Ein Fall von Manie nach Scarlatina.** (Deutsche medicinische Wochenschrift. Nr. 41. 1881.)

R. behandelte im Frühjahr d. J. einen 21-jährigen Kaufmann an Scarlatina. Am 1. März begann die Erkrankung, am 2. fand sich das

charakteristische Exanthem und am 3. traten die ersten Anfänge der Manie auf. Er hatte eine Colatio acidi salicyl. genommen. In den folgenden Tagen steigerte sich seine Aufregung, er verliess das Bett, versuchte seine Kleider zu zerreissen etc. Daneben exquisite Gesichts- und Gehörshallucinationen. Am 6. März erreichte die Psychose ihren Höhepunkt. Während der Psychose absolute Fieberlosigkeit. Unter dem Gebrauch von Chloralhydrat mit Morphium, anfangs in grossen Dosen und Fortgebrauch von kleinen Dosen Chloralhydrat, trat die Psychose zurück und am 16. März nach starker Desquamation konnte Pat. als geheilt betrachtet werden.

Eine erbliche Belastung war nicht vorhanden, und Pat. war bis dahin stets gesund.

Dr. Menche.

---

439. **Dr. E. Finger, Ueber eine constante nervöse Störung bei florider Syphilis der Secundärperiode.** (Vierteljahrsch. für Derm. und Syph. 1881. 2 u. 3. S. 255.)

F. untersuchte an 50 Patienten, von denen 35 (28 M. 9 W.) in der 3.—6. Woche mit dem Initialaffect, 13 (9 M. 4 W.) kurz vor oder bereits mit beginnenden Eruptionserscheinungen in der Wiener Klinik für Syphilis aufgenommen worden waren, die verschiedenen Haut- und Sehnenreflexe. Wenn auch nach dem Geschlechte der Patienten, der Intensität und Schwere des syphilitischen Processes, der Raschheit und der Menge der Eruption Abweichungen sich constatiren liessen, so ergab die Untersuchung in allen Fällen Schwankungen der Reflexerregbarkeit in einer für alle Fälle gleichen vollständig typischen Weise.

Unmittelbar vor und zur Zeit des Auftretens der Exantheme waren die Reflexe der Haut und Sehnen vermehrt, um bald unter die Norm zu sinken, so dass erst mehrere Wochen nach Schwund der Syphilis die normale Stärke wieder erreicht wurde. Auch bei Auftreten von Nachschüben syphilitischer Efflorescenzen wurde eine Steigerung der Reflexerregbarkeit beobachtet, welche nach vollendeter Eruption sehr bald auf den früheren Stand zurücksinkt. Die Behandlung scheint auf diese Aenderungen der Reflexerregbarkeit keinen besonderen Einfluss zu üben.

Als Beleg zu seinen Deductionen theilt F. 20 Krankengeschichten im Auszuge mit.

Doutrelepont.

440. **Kahler** und **Pick, Weitere Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems.** (Zeitschrift für Heilkunde. II. Bd. 4. Heft.)

I. Zur Localisation partieller Oculomotoriuslähmungen.

Ein 58 jähriger Taglöhner bekam im Juli 1879 einen leichten apoplectischen Insult mit geringer linksseitiger Hemiparese, die sich in einigen Tagen fast ganz wieder verlor. Im August neuer Insult: dabei nur leichte Ohnmacht, dagegen vollständige linksseitige Hemiplegie, rechtsseitige unvollständige Oculomotoriuslähmung; und zwar waren gelähmt M. Levator palp., Rectus sup. und inf., Obliquus inf., paretisch der Rectus inf., die Pupille zeigte normale Weite und normale Reaction. Nach einigen Wochen entwickelten sich bei unveränderter Läsion Contracturen der linksseitigen Extremitäten, gesteigerte Sehnenreflexe, während die Oculomotoriuslähmung sich auf den Levator palp., Rectus sup. und inf. beschränkt hatte. Mitte September traten bei freiem Sensorium wiederholte Anfälle von Aphasie und klonische Zuckungen der rechtsseitigen Extremitäten auf. Seit Ende November Fieber und die Symptome einer linksseitigen Pneumonie, die zu Gangrän führte und Mitte December den Exitus bewirkte.

Die Section ergab starke Schlängelung der linken Art. vertebr., der Art. basilaris. Die linke Art. cerebri post. war in ein fast völlig starres Rohr verwandelt, hatte aber noch ein Lumen; die rechte zeigte sich in einer Länge von 4 $^1/_2$ mm als derber solider Strang mit Blutgerinnseln im Lumen. Der rechte Grosshirnschenkel war geschwollen und, vorzugsweise im Fuss, zerreisslich, gelblich erweicht.

Mikroskopisch ergab sich: in der Oblongata Degeneration der rechten Pyramide, im Rückenmark typische secundäre Degeneration der linken Pyramidenseitenstrang- und der rechten Pyramidenvorderstrangbahn. Im Mittelhirn fand sich: auf Frontalschnitten in der Höhe der vorderen Zweihügel ein Erweichungsheerd, welcher die aus dem Kern zur Hirnbasis dringenden Wurzelfasern des Oculomotorius in der Weise getroffen hat, dass von den vordersten Fasern nur spärliche ganz aussen gelegene Bündel, weiter hinten die lateralen Bündel in grösserer Menge, noch weiter rückwärts die lateralen und ein Theil der mittleren Faserbündel und ganz hinten auch noch mediale Fasern lädirt erscheinen.

Auf Grund dieses Befundes und eines ähnlichen schon früher (Arch. f. Psych. Bd. X. H. 2) von ihnen publicirten Falles kommen die Verf. — in Uebereinstimmung mit den Thierversuchen von Hensen und Völckers — zu dem Resultat, dass die papillären Fasern des Oculomotorius beim Menschen in den vordersten Wurzelbündeln des genannten Nerven verlaufen, dass die Innervation der äusseren Augenmuskeln eine Function der hinteren Wurzelbündel ist. Hypothetisch bemerken sie ferner, dass die hinteren lateralen Bündel der Innervation des Lev. palp., Rect. sup. und inf., sowie des Obliq. inf., die hinteren medialen Bündel derjenigen des Rect. int. und vielleicht auch des Rect. inf. vorstehen. Der mitgetheilte Fall ergebe ferner den Satz, dass eine

dissociirte partielle Oculomotoriuslähmung vor Allem auf eine Läsion des Wurzelgebiets dieses Nerven hinweise.

II. Neuer Fall von Missbildung eines menschlichen Rückenmarks.

Das betreffende mit grauer Degeneration der Hinterstränge behaftete Rückenmark war durch eine gewisse Thierähnlichkeit ausgezeichnet: es bot abnorm kleine Dimensionen der Hinterstränge und der grauen Substanz, abnorme Configuration der beiden dar; im Lendentheil war es noch am meisten der Norm ähnlich. Es stammte von einer 35 Jahre alten Wäscherin, die in der Pubertätszeit 2 Jahre lang an Steifigkeit und Lähmung der oberen und unteren Extremitäten gelitten hatte; seit 1877 (34 Jahre alt) litt sie an Parästhesien der Füsse, blitzartigen Schmerzen in den Beinen, Gürtelschmerz, atactischer Gehstörung mit Schwäche der Beine. Diese Erscheinungen wurden stärker, die Gangart wurde ausgeprägt paralytisch; die Patellarreflexe fehlten.

Die klinische Diagnose lautete auf Tabes dorsalis; bemerkenswerth im Vergleich zu den typischen Symptomen der gewöhnlichen Hinterstrangsclerose seien jedoch folgende Momente:

1. Der 2 Jahre dauernde Lähmungszustand um die Pubertätszeit,
2. Das Vorhandesein starker motorischer Schwäche,
3. Das völlige Fehlen cephalischer Symptome.

III. Zur Lehre von den Fasersystemen in den Hintersträngen des Rückenmarks.

Die Verf. beschreiben ein Rückenmark, dessen Träger, ein 23-jähriger Korporal, ziemlich acut — als einziges ätiologisches Moment wurde übertriebener Coitus angegeben — mit Kreuzschmerzen, Schmerzen in den Beinen, Parese derselben, Incontinentia urinae et alvi erkrankt und nach fünf Monaten an Decubitus, Pyelonephritis und Sepsis zu Grunde gegangen war. Das Organ zeigt nach Härtung in doppeltchromsaurem Kali eine leichte Verfärbung des inneren Theils der Hinterstränge und mikroskopisch fand sich Folgendes. An den wenigst ergriffenen Stellen waren die Maschen des Neuroglianetzes verbreitert, gequollen, einzelne Deiters'sche Zellen vergrössert; die Nervenfaserquerschnitte normal, oder degenerirt mit körnigem Mark und eingelagerten Körnchenzellen. An stärker erkrankten Stellen war das Neuroglianetz noch mehr verdickt und in den Maschen fanden sich Körnchenzellen, homogene oder schwach granulirte Substanz, Bruchstücke von Achsencylindern. An Stellen schwerster Erkrankung war das Neuroglianetz weniger gequollen, zusammengefallen, enthielt viel Körnchenzellen, vereinzelte degenerirte oder anscheinend intacte Nervenfasern; die Gefässe zeigten verdickte stark glänzende Wandungen. Die übrige weisse Substanz sowie die graue erwies sich normal (nur waren im Lendentheil an den Ganglienzellen die Fortsätze abgebrochen oder fehlten ganz — wohl in Folge mangelhafter Erhärtung).

Die Verf. sahen diesen Fall strangförmiger, die Hinterstränge im ganzen Verlauf betreffender Erkrankung an als eine Systemerkran-

kung (im Sinne Flechsig's), für deren topographische Verbreitung ein bestimmtes Fasersystem verantwortlich zu machen ist. Dafür spräche: der durchaus continuirliche Zusammenhang der erkrankten Partien, welche im Hals- und oberen Dorsaltheil sich an die Area der Golls'schen Stränge halten, in den zwei untern Dritteln des Dorsalmarks so ziemlich dieselbe Gestalt wie im oberen Drittel haben, erst gegen das Lendenmark zu successive ein etwas anderes Bild zeigen, indem hier der degenerirte Theil sich nach hinten hin beträchtlich verbreitert; das erkrankte Gebiet sei überall genau abzugrenzen; die Ausbreitung der Affection sei vollkommen symmetrisch. Auch der histologische Befund, der mit dem bei mittleren Stadien secundärer aufsteigender Degeneration und bei amyotrophischer Lateralsklerose ziemlich übereinstimme, liesse sich für das Vorhandensein einer Systemerkrankung, d. h. einer zunächst parenchymatösen Affection, verwerthen.

Die Verf. vergleichen ferner diesen Befund 1) mit den von Flechsig über die Topographie der Goll'schen Stränge gefundenen entwicklungsgeschichtlichen Thatsachen, 2) mit der Topographie der aufsteigenden secundären Degeneration, 3) mit der Topographie der Degeneration bei Compression der Cauda equina, 4) mit der Topographie der primären Erkrankungen der Goll'schen Stränge, und sie sind der Ansicht, dass es sich trotz der vielfachen hierbei sich ergebenden Differenzen der Topographie doch in allen den genannten Fällen immer um ein und dasselbe Fasersystem — das der Goll'schen Stränge — allein handelt; die Differenzen der Degenerationsfelder in den verschiedenen Höhen des Rückenmarks und in den Beschreibungen der verschiedenen Autoren liessen sich erklären 1) durch eine individuelle Variabilität des Faserverlaufs innerhalb gewisser Grenzen, 2) durch die nach dem Sitze der veranlassenden Läsion nothwendigerweise in verschieden grossen Faserantheilen erfolgende secundäre Degeneration, 3) endlich durch das successive oder vielleicht partielle Befallenwerden des Fasersystems bei den primären Erkrankungen.

Lüderitz (Jena).

---

441. **Otto Leichtenstern, Zur Kenntniss in Entfernung vernehmbarer Herz- und Lungengeräusche.** Krankenvorstellung in der Sitzung vom 16. Mai 1881. Aus den Verhandlungen des Allgem. ärztlichen Vereins zu Köln. (Deutsche medicin. Wochenschr. Nr. 43. 1881.)

Zuerst wird ein herkulisch gebauter Lastträger vorgestellt, der zum Hospital gekommen ist, um sich wegen eines ihn sehr belästigenden brummenden Tones in seiner Brust behandeln zu lassen. Zeitweise leidet er noch an geringer Athembeklemmung und stechendem Schmerz unter dem Sternum. Dieser Brummton entstand im trunkenen Zustand

durch einen Fall. Im Anfang der Affektion war dieser Ton so stark, dass er die Frau des Pat. im Schlafe störte.

Die Untersuchung ergiebt einen in einer Entfernung von 1 Meter noch gut hörbaren, mit der Herzdiastole synchronen Ton, der ähnelt dem Zupfton der D-Saite der Violine. Er setzt scharf ein, verklingt langsam. Am lautesten wird er gehört am Manubrium sterni, wo die Auscultation geradezu unangenehm ist wegen seiner Stärke. Ferner ist er zu hören am Kopf, Vorderarm, Rücken, Bauch und bis zur Fossa poplit.

Der Spitzenstoss ist sehr intensiv und ist zwei Finger breit nach aussen von der Mamillarlinie befindlich. Hier ein systolisches Geräusch mit nachfolgendem Brummton. Die weitere physikalische Untersuchung des Herzens, der Lungen und Abdominalorgane ergiebt nichts abnormes. Harn eiweissfrei.

Starkes Carotidenpulsiren und Pulsiren aller oberflächlich gelegenen Arterien. Radialarterie geschlängelt. Celerität des Pulses. Einfacher Ton über der Cruralarterie.

Ein Pulsbild der Radialis zeigt rasche und steile Ascension; der Charakter der Celerität wegen der vorhandenen Arterien-Rigidität nicht ausgeprägt. Neigung zur Häckchenbildung im anakroten und katakroten Schenkel. Rückstosselevation schwach.

Eine $^3/_4$ J. später aufgenommene Curve, zu einer Zeit wo der Brummton nur auf $^1/_2$ Met. hörbar war, die Pulse weniger hüpfend waren und Pat. sich vollkommen wohl fühlte, zeigt bei steiler Ascension überwiegend den Charakter einer erhöhten Gefässspannung (Häckchenbildung). Rückstosselevation ist kräftiger geworden. Es kommt also die Hypertrophie des L. Ventrikels mehr zum Ausdruck als die Aorteninsufficienz.

Die Diagnase lautet also auf traumatische Zereissung einer Aortenklappe und dadurch hervorgerufener partieller Aorten-Insufficienz. Parallelfälle sind zwei von Burney Yeo (Lancet 1874) veröffentlicht. Der günstige Ausgang dieser scheint sich auch im obigen bestätigen zu wollen; denn die Insufficienzerscheinungen sind im steten Rückgang.

Den musikalischen Charakter des Tones erklärt Vf. aus der zarten Beschaffenheit der Spaltränder und der spaltartigen Oeffnung in der Klappe. Eine Stenose sei natürlich hier nicht vorhanden.

II. Fall. Ein 23-jähriger, kräftiger Mann mit compensirter Mitralstenose.

Spitzenstoss im 5. Intercostalraum in der Mamillarlinie ist breit und ausserordentlich intensiv. Herzdämpfung verbreitert. Kein Bronchial-Katarrh, keine Leberschwellung, weder Cyanose noch Oedeme. Der 1. Ton an der Herzspitze nun ist ausserordentlich laut, metallisch klirrend, fast schmerzhaft zu auscultiren. Dieser Ton wird bei Ruhe im Zimmer auf $1^1/_2$ Met. gehört. Die veranlassenden Momente zu diesem Ton findet Vf. in:

1. Der Hypertrophie des L. Ventrikels, geschlossen aus dem starken Spitzenstoss.

2. Der nervösen Steigerung der Kraft der Herzaktion. Dieser Erethismus cordi sei bei dünner Thoraxwand im Stande einen auf

$^1/_2$—1 Fuss hörbaren Ton zu schaffen. So bei zart gebauten Phthisikern und Anämischen. Im Anschluss hieran spricht Vf. seine Ansicht dahin aus, dass allein durch nervöse Herzpalpation, die anfallsweise auftrete, ohne Enge der Aorta, eine Hypertrophie des L Ventrikels entstehen könne.

3. „Ermöglicht die durch die Stenose bedingte verminderte Anfangsspannung der Mitralklappe eine um so acustisch wirksamere Endspannung. Bei dieser Endspannung gerade falle die Hypertrophie des L. Ventrikels für die Schallintensität des 1. Tones ins Gewicht.

III. Fall ist ein 18-jähr. Mädchen, bei dem man ein mit der Systole des Herzens synchronisches, laut quakendes Geräusch auf eine Entfernung von 1—6 $^1/_2$ Meter deutlich hört. Die Intensität wechselt sehr, ist aber von Respirationsphasen durchaus unabhängig.

Pat. machte ein Lungenleiden im 8. Jahr durch und nach $^1/_2$-jähriger Dauer dieses Leidens entstand dieses ihre Lehrer und Mitschüler belästigende Geräusch. Die Untersuchung der Brust des gesund aussehenden Pat. ergiebt eine beträchtliche Schrumpfung der L. Lunge mit mässigem Retrécissement der L. Thoraxseite und beträchtlicher Verzerrung des Mediastinums nach L. so dass die Grenze der R. Lunge in der linken Parasternallinie verläuft. Cavernöse Erscheinungen sind in der Regio infrascapularis und interscapularis sinistra vorhanden, wo auch das Froschquak-Geräusch am intensivsten ist.

Die Genese des Geräusches ist mithin folgende. Wahrscheinlich ist das Herz mit dem Herzbeutel, letzterer jedenfalls mit der L. Lunge adhärent. Verkleinert sich nun das Herz in der Systole so wird die mit ihm verwachsene, schwielig verdickte Wand einer Caverne plötzlich in Bewegung gesetzt. Hierdurch und durch Resonanz in derselben sei das Geräusch zu erklären.

Eine weitere Eigenthümlichkeit bietet der Fall durch eine Stenose des L. Astes der Pulmonalarterie an seinem Eintritt in die cirrhotische Lunge. Diagnosticirt wurde diese Stenose aus einem systolischen blasendem Geräusch, das auf- und einwärts von der Herzspitze auftritt und am 2. Rippenknorpel seine grösste Intensität erreicht. Die Erscheinung, dass dieses Geräusch ungewöhnlich laut links hinten in der Höhe der Lungenwurzel vernommen wird und minder stark über der ganzen linken Lunge, erklärt Redner durch Fortpflanzung desselben in die Pulmonalarterienäste vom Hilus aus.

Dr. Menche.

---

442. **Dr. Linder** in Waren (Mecklenburg), **Die Behandlung der frischen Empyeme bei Kindern.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1881. XVII. 2. und 3. Heft.)

Verf. tritt den Ansichten einiger Vertreter der innern Medicin entgegen, welche dem kindlichen Alter eine Ausnahmestellung zuerkennen und die Punktion dem Schnitt vorziehen. Nach den Erfah-

rungen des Verfassers, welche derselbe als Assistent am Augustahospitale zu Berlin und in der Praxis gemacht hat, kommt man mit der Punktion nur in sehr wenigen Fällen zum Ziele, er ist allerdings auch der Ansicht von König, dass man jedes frische Empyem zunächst einmal punktiren muss und wenn hierdurch keine Heilung erreicht wird, unter streng antiseptischen Kautelen incidiren muss.

Was die Hauptnachtheile der Radicaloperation, welche von den Vertretern der Punktion angeführt werden, grössere Gefährlichkeit des Eingriffes und grössere Mortalität, längere Heilungsdauer, grössere Umständlichkeit der Behandlung betrifft, so glaubt Verfasser, dass die Operation, ausgeführt von einem antiseptisch arbeitenden Chirurgen, absolut ungefährlich, während oft nach Punktionen Zersetzungen des Exsudates eintreten. Was den zweiten Vorwurf der längeren Heilungsdauer betrifft, so scheint dieser dem Verfasser ebenso ungerechtfertigt. König giebt als Durchschnitt der Heilungsdauer durch Incision operirter uncomplicirter Empyeme 3—6 Wochen an, die meisten Berichte über durch Punktion geheilte Empyeme weisen eine viel längere Behandlungszeit auf. Der dritte Vorwurf, die grössere Umständlichkeit der Behandlung, ist ebenfalls nach dem Verfasser ganz unwesentlich.

Ein Hauptnachtheil bei der Punktion ist, dass die Fibringerinnsel, welche in den eitrigen Exsudaten enthalten sind, nicht entfernt werden können; Verf. glaubt, dass solche zurückbleibende Massen sehr leicht Anlass geben können zu käsigen Processen, zumal wo hereditäre Anlage vorhanden ist.

Was die Technik anlangt, so ist die Resection eines Rippenstückes nicht immer nothwendig, ebenso ist die Wahl der Incisionsstelle nicht wesentlich.

Den Küster'schen Doppelschnitt empfiehlt Verfasser nur bei zersetztem Inhalt. Als Verbandmaterial nimmt Verfasser nicht mehr Carbolgaze, da er einmal eine Carbolintoxication gesehen hat, sondern Essigsäure-Thonerdegaze; damit der Verband durch die Respirationsbewegungen nicht verschoben werden kann, legt er darüber noch eine Gummibinde.

Kohts (Strassburg).

---

443. **P. G. Unna** (Hamburg), **Ueber kreisfleckige Exfoliation der Hohlhand und der Zunge,** (Exfoliatio areata palmae manus und Exfoliatio areata linguae.) (Vierteljahrsch. f. Derm. u. Syph. 1881. 2. u. 3. S. 295.)

In drei Fällen beobachtete U. an der Hohlhand und Palmarfläche der Finger kreisförmige, 5—10Pfennig grosse Inseln, in deren Bereich die äusserste Hornschicht wie mit dem Locheisen ausgeschlagen war. Der Grund derselben war platt und röther als die umgebende Haut, der Rand theils platt, theils gefranst und streckenweise unterminirt.

Durch Zusammenfliessen der Kreise entstanden grössere vertiefte Flächen. An den Fingern konnte nachgewiesen werden, dass die Affection nur im Bereiche der feingerillten Hornschicht, welche die Palmarfläche der Hohlhand auszeichnet, sich zeigte. In einem Falle führte die Anwendung einer Schwefelsalbe schnell zur Heilung. An die Beschreibung dieser ätiologisch dunklen und bisher nicht beschriebenen Affection anknüpfend theilt U. seine Beobachtungen über die nach ihm verwandte Erkrankung der Zunge, der sog. Landkartenzunge, Lingua geographica mit, von der er 14 Fälle gesehen hat. (cf. Caspary dies. Centralblatt, 1880. No. 35. Ueber flüchtige gutartige Plaques der Zungenschleimhaut.) Er unterscheidet drei Grade der Ausbildung, welche nicht ineinander übergehen, sondern zeitlebens als solche zu bestehen pflegen. Bei dem ersten Grade zeigen hauptsächlich die Zungenränder, deren Schleimhaut sonst normal ist, erbsen- bis Zehnpfenniggrosse, meist von einander getrennte Kreise, welche sich durch Farbe- und Niveauverschiedenheiten abheben. Diese Flecken können verschwinden, während an anderen Stellen ähnliche auftreten, wandern jedoch nicht über den Zungenrücken weiter. Bei dem zweiten Grade ist die Zunge beständig in ihrer ganzen Ausdehnung oder zum grössten Theile afficirt, so dass sie durch das gleichzeitige aber abwechselnde Auftreten und Abblassen der erkrankten Inseln ein vielgestaltiges Aussehen erhält. Die höchste Stufe des Processes hat U. in zwei Fällen beobachtet. Die ganze Zungenoberfläche war befallen, die Abschuppung derselben war tiefgreifender, so dass ganz unregelmässige, terrassenförmige Absätze der Zunge entstanden. Unna schliesst sich der Ansicht von Caspary an, dass diese Erkrankung mit Syphilis in keinem Zusammenhange steht. Anaemie disponirt zu dem Uebel, wahrscheinlich auch chronischer und häufig recidivirender akuter Magenkatarrh; scharfe Zahnkanten können Gelegenheitsursache abgeben. Vor Auftreten der Menstruation wurde in einzelnen Fällen eine Exacerbation des Uebels beobachtet. In vielen Fällen war es wahrscheinlich, dass die Erkrankung der Zunge schon im ersten Lebensjahre entstanden war; Erblichkeit spielt auch eine Rolle bei der Aetiologie. Bei zwei Kindern im ersten Lebensjahre hat U. die Affection in ganz derselben Gestalt wie bei Erwachsenen beobachtet und konnte den Zusammenhang mit der Dentition nachweisen. U. definirt die Zungenaffection: „die Exfoliatio areata „linguae ist eine auf die Zunge beschränkte, gutartige, in umschriebe„nen kreisförmigen, zu landkartenartigen Zeichnungen zusammenflies„senden Herden auftretende, durch nervöse Reize unterhaltene und in „ihrem Ablaufe direkt bestimmte, aus akuten Schüben zusammengesetzte, „jedoch im Ganzen höchst chronisch verlaufende, fast schmerzlose Epi„thelialerkrankung der Zunge, die ihren Sitz ganz oberflächlich inner„halb der Hornschicht hat und die Schleimhaut selbst nie in Mitleidenschaft zieht.“ Therapeutisch sollen Schwefel als Schüttelmixtur, schweflige Säure, Natron subsulfurosum, essigsaure Thonerde, Alaun in Form von Mundwasser günstige Wirkung gezeigt haben. Zur Radicalheilung empfiehlt Unna auf die nervöse Natur des Uebels bauend die Anwendung des constanten Stroms. Als Nachtrag führt Unna noch an, dass in dem 2. diesjährigen Hefte der Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie eine Vorlesung v. J. Parrot sich befindet, welcher weitere

Litteratur über die Krankheit anführt und auf 31 Fälle des Findelhauses gestützt, die Krankheit auf hereditärer Syphilis zurückführt, wogegen U. diese Ansicht nochmals energisch zurückweist.

Doutrelepont.

---

444. **Dr. Karl Kopp, Ueber die mechanische Behandlung des Hydrops durch Drainage des Unterhautzellgewebes nach Southey.** Nach Beobachtungen auf v. Ziemssen's Klinik. (Annalen der allg. städt. Krankenh. zu München 1876/77. S. 550.)

Nach kritischer Besprechung der früher gebräuchlichen mechanischen Behandlungsmethoden des Anasarka beschreibt Verf. die Drainage nach Southey und hebt als Vorzüge derselben besonders hervor: die Schmerzlosigkeit, die Reinlichkeit, die geringe Zahl der Punktionen und die Möglichkeit das ausfliessende Serum quantitativ und qualitativ zu bestimmen. In manchen Fällen jedoch bleibt die Drainage erfolglos, und häufig gereicht die vorübergehende Entlastuug dem Patienten zum Nachtheil, indem in gleicher Weise wie früher Erysipel und Gangrän auftritt.

An der Hand von 28 beschriebenen Fällen, in welchen die Punktionen zu verschiedenen Zeiten ausgeführt wurden, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen. Entzündung in der Umgebung der Kanüle ist nicht häufig, und kann derselben durch strenge antiseptische Cautelen vor und nach der Operatien, sowie durch zeitiges Ausziehen der Kanülen vorgebeugt werden. Besonders vortheilhaft ist das Verfahren bei Herz- und Nierenaffectionen, weniger geeignet bei Stauungen im Pfortadergebiet und in der Leber. Bei vorhandener Induration des Unterhautzellgewebes ist die Manipulation erschwert, und der Ausfluss gewöhnlich sehr unbedeutend. Sehr empfehlenswerth wegen der Gefahr der Gangrän und sehr erfolgreich ist bei starkem Hydrops der Genitalien die Drainage des Scrotum, die jedoch nicht länger als höchstens 12 Stunden dauern darf und lieber nach einigen Tagen zu wiederholen ist. Im Allgemeinen ist längeres Liegenlassen als 24 Stunden nicht rathsam, dagegen die Einführung der Röhrchen an neuen Stellen zu empfehlen. Wenn auch eine völlige Beseitigung des Hydrops nur äusserst selten erreicht werden wird, so ist doch die rasche und erhebliche Erleichterung ein grosser Gewinn; manchmal wird auch der lethale Ausgang auf längere Zeit verzögert. Die Hoffnung Southey's, dass das Instrument zur Lösung der Frage behülflich sein werde, ob der Harnstoff erst in den Nieren oder im ganzen Organismus gebildet werde, hält Verf. für etwas hoch gespannt. Indess habe die Eiweissbestimmung des Serums doch schon zu interessanten Resultaten geführt. Aus seinen eigenen und Dr. Reuss' Eiweissbestimmungen der Transsudate geht hervor, dass der Eiweissgehalt bei Besserung des Allgemeinbefindens und der Ernährung steigt, vor dem Tode aber erheblich abnimmt.

Bezüglich der Mengen der durch Drainage entleerten Flüssigkeit ergab eine Durchschnittsberechnung aus den 28 Fällen, dass aus 4 Drainagen bei 24stündigem Liegenbleiben ca. 2 Liter entleert wurden. In einem Falle von parenchymatöser Nephritis wurden durch 49 successive angelegten Kanülen über 27 Liter, in einem Falle von verruköser Endocarditis mit embol. Nephritis durch 18 Punktionen 16 Liter, endlich bei einer chron. Myocarditis durch vier 24 Stunden liegende Kanülen 9 Liter entleert.

Stintzing (München.)

---

445. **Dr. Pinsker, Das Natron salicylicum in seiner Anwendung bei Kindern.** (Arch. f. Kinderheilk. 2. Band. Heft 12. 1881.)

Verfasser publicirt seine Erfahrungen über dasselbe und empfiehlt es besonders als Antipyreticum bei Kindern, zieht es dem Chinin in vielen Fällen, bes. bei Typhus vor. In Anwendung wurde dasselbe gezogen bei Bronchitis, Bronchio- und croupöser Pneumonie, Typhus; Scarlatina, Morbillen, Variola, Lungeninfiltration und bei chirurgischen Fällen, und es wird besonders hervorgehoben, dass die Wirkung stets die gleiche ist, „dass die Krankheitsprocesse dabei gar nicht in Betracht kommen". Die angewandte Dosis war bei Kindern unter 2 Jahren $^1/_2$—1 gr, von 2—6 Jahren 1—3 gr pr. dos.; bei älteren Kindern selbst 4,0 gr. Der Abfall der Temperatur schwankte zwischen $^1/_2$—2 °, oft konnte man dieselbe schon nach einer Stunde constatiren. Die Remissionen dauerten meist 5—6 Stunden, selten weniger als 3 Stunden. Die stärksten Remissionen von 2 ° traten nur bei sehr hohen Temperaturen von 40—41 ° ein, bei Temperaturen von 38—39 ° niemals bei gleichen Dosen. Die Remissionen erfolgten stets, falls das Mittel nicht erbrochen wurde, was selten und nur die ersten Male manchmal auftrat. Bei Typhus, Diphtheritis und Pertussis übte es keinen Einfluss auf die Dauer und den Verlauf des Krankheitsprocesses selbst, war aber als Antipyreticum wirksam wie bei anderen Affectionen. Bei Intermittens liess es meist im Stich, als Specificum kann es beim acuten Gelenkrheumatismus angesehen werden. Was die schädlichen Neben- und Nachwirkungen betrifft, so wurden dieselben dann am meisten beobachtet, wenn das Präparat kein reines war.

Kohts.

Neue Bücher.

Hegar & Kaltenbach, Die operative Gynäkologie mit Einschluss der gynäkologischen Untersuchungslehre. 2. Aufl. 2. Hälfte. Stuttgart, Enke. 9 M. 40 Pf.

Hemming, W. D., Throat Diseases and the Use of the Laryngoscope: a Handbook for Practitioners and Senior Students. Illustrated with Wood-Engravings. London, Longmans, Green & Comp. 2 sh. 6 d.

Henry, Treatment of varicocele by excision of redundant scrotum; illustrated by new instruments and an account of fifteen successfull cases. New-York, Cloth. 2 M. 80 Pf.

Hersing, Compendium der Augenheilkunde. 3 Aufl. Stuttgart, Enke. 7 M.

Hirsch, Handbuch der historisch-geographischen Pathologie. 2. Bearbeitung. 1. Abth. Stuttgart, Enke. 12 M.

Howard, A treatise on orthopaedic surgery, Longmans. 12 sh. 6 d.

Hueter, Grundriss der Chirurgie. 2. Hälfte, Specieller Theil. 2. Lfg. Hals, Brust, Bauch, Becken. Leipzig, F. C. W. Vogel. 10 M.

Ingals, Lectures on the diagnosis and treatment of diseases of the chest, throat and nasal cavities. New-York. Cloth, 21 M. 50 Pf.

Koch, Mittheilungen über Fragen der wissenschaftlichen Medicin. I. Beitrag zur Lehre von der Spina bifida. Mit 5 lith. Tafeln. Cassel, Fischer. 6 M.

Lefèvre, Contribution à l'étude de la syphilis chez les scrofuleux. Paris.

Marey, La circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies. Paris, Masson. 18 fr.

Massot, Des accidents causés par l'ergot de seigle dans la pratique des accouchements. Paris.

Mittheilungen aus dem kaiserl. Gesundheitsamte. I. Mit 14 photolithogr. Tafeln. Berlin, Nordd. Buchdruckerei und Verl.-Anst. 16 M.

Moore, Health resorts for tropical invalids in India, at home and abroad. London, Churchill. 5 sh.

Morlot, Contribution à l'étude de l'atrophie du testicule. Paris.

Mosimann, Contribution à l'étude du traitement de la péritonite aiguë. Paris.

Oudin, Quelques considérations sur les températures pariétales à propos d'un cas de phthisie aiguë. Paris.

Purcell, On cancer: its allies and other tumors, with special reference to treatment. Philadelphia 20 M.

Reuet, Contribution à l'étude de l'Albuminurie cantharidienne. Paris.

Rizat, Manuel pratique des maladies vénériennes, avec 24 planches chromolithographiées. Paris, Doin. 11 fr.

Ruge und Veit, Der Krebs der Gebärmutter. Stuttgart, Enke. 6 M.

Uffelmann, Handbuch der privaten und öffentlichen Hygiene des Kindes Leipzig, F. C. W. Vogel. 11 M.

Wagner, Habitual month-breathing, its causes, effects and treatment. New-York. 4 M.

Zweifel, Lehrbuch der operativen Geburtshülfe f. Aerzte und Studirende. Stuttgart, Enke. 10 M. 80 Pf.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. **1. December.** **Nro. 32.**

446. **J. J. Bischoff** (Basel), **Ein günstig verlaufener Fall von intraarterieller Infusion einer alkalischen Kochsalzlösung bei drohendem Verblutungstode.** (Centralblatt für Gynaekologie 1881. No. 23.)

In No. 20 des Centralbl. für Gyn. wird über die Versuche von E. Schwarz referirt, welche sich an jene von Worm Müller und Goltz anlehnen, und aus welchen hervorgeht, dass wenigstens bei Hunden und Kaninchen durch eine Infusion alkalischer Kochsalzlösung Erholung von den Symptomen hochgradigster Anämie eintritt. Schwarz hält gestützt auf diese Thierexperimente eine Infusion auch bei akuter Anämie des Menschen für indicirt, hatte aber noch keine Gelegenheit zur Ausführung.

Verf. liess eine 0,6%ige Kochsalzlösung bereiten, der in Ermangelung von Natronhydrat einige Tropfen Kalilauge beigesetzt wurden. Die linke Arteria radialis wurde freigelegt, central unterbunden und in den unterhalb gemachten Schlitz die stumpfe Hartgummikanüle eingelegt, welche durch einen 50 cm langen Kautschukschlauch, der vorher

in verdünnter Schwefelsäure gelegen, mit einem Glastrichter in Verbindung gesetzt war. In Zeit von genau 1 Stunde liess Verf. etwas über 1250 gr einfliessen, wobei der Flüssigkeitsspiegel zwischen 58 und 60 cm über dem Arme stand. Während der Infusion erholte sich Pat. zusehends, der Puls sank allmählich auf 122, die Unruhe hörte auf. Die Wunde an der Unterbindungsstelle ist per primam geheilt.

Es lässt sich allerdings schwer mit Sicherheit behaupten, dass Pat. ohne Infusion der akuten Anämie erlegen wäre.

Sicher ist, dass während der Infusion die Pat. sich sichtlich erholte. Gegenüber den Bluttransfusionen, deren Verf. einige bei akuter Anämie mit Glück gemacht hat und bei denen die bekannten Symptome von Oppression jedes Mal eintraten, liess sich bei der Salzwasserinfusion gar kein beunruhigendes Symptom, ja überhaupt kein besonderes Symptom ausser dem allmählichen Langsamerwerden von Puls und Respiration und dem Nachlasse der Unruhe bemerken, wenn er absehe von dem vollständigen Weisswerden der linken Hand, deren Gefässe während der Dauer der Infusion wohl fast ausschliesslich mit Kochsalzlösung gefüllt waren. Die natürliche Farbe der Haut und normale Sensibilität kehrte sofort nach Beendigung der Infusion zurück und ist auch jetzt ausser dem Fehlen des Radialpulses keine Störung zu konstatiren.

Berücksichtigen wir die Umständlichkeit einer Bluttransfusion, — ihre Gefahrlosigkeit, so weit es sich um Menschenblut und Beobachtung aller Kantelen handelt, auch zugegeben — den unvermeidlichen Zeitverlust, ganz abgesehen von der Schwierigkeit, sich in allen Fällen einen Blutgeber zu verschaffen, so werden wir leicht der Salzwasserinfusion den Vorzug geben.

Bezüglich der zu infundirenden Menge glaubt Verf. auch, wie Schwarz, dass weniger als 500 ccm nicht injicirt werden sollten. Thierexperimente haben ergeben, dass sich leicht 50—80% der Gesammtblutmenge ohne alle Störung injiciren lassen und dass selbst mehr noch ertragen wird.

Da es sich ja stets nur um sehr hohe Grade von Anämie handelt, wo das Auffinden des subkutanen Venen etwas erschwert sein kann, möchte die intraarterielle Infusion vorzuziehen sein.

Kocks.

---

447. **Cordua, Ueber die Berechtigung der Einführung der intraperitonealen Transfusionsmethode in die Heilkunde.** Vortrag im ärztl. Ver. z. Hamburg. (Deutche med. Wochenschr. Nr. 31. 1881.)

Als Resultat seiner Thierversuche theilt C. mit, dass das fremdartige defibrinirte Blut, Lamm-, Kalbs-, und Hühnerblut, in die Bauchhöhle der Hunde transfundirt, meist eitrige, tödtliche Peritonitis herbeiführt. Die rothen Blutkörperchen werden hierbei in Stromata und freies Hämoglobin zerlegt und letzteres durch das Zwerchfell in die Blutbahn zurückgeführt und durch die Nieren ausgeschieden.

Das gleichartige nicht defibrinirte Blut, welches direkt aus der Carotis des einen in die Bauchhöhle des anderen Hundes transfundirt wurde, gerinnt meistens, die festen Blutbestandtheile machen die bekannte regressive Metamorphose durch und nur ein kleiner Theil bleibt flüssig und dieser verhält sich ebenso wie das injicirte gleichartige defibrinirte Blut. Das letztere nämlich wird selbst in sehr grossen Mengen durch das Zwerchfell innerhalb 24—36 Stunden vollständig unverändert aufgesogen und bewahrt dabei seine physiologische Funktionsfähigkeit. Dies allein ist also zur intraperitonealen Transfusion geeignet. Am Platze sei diese letztere Methode bei chronischen Anämien, Leukämie, Pyämie, Lipämie etc.

Von 4 Fällen, bei denen von Schede und ihm diese Methode angewandt wurde, verliefen 3 letal. Bei zweien (äusserste Anämie durch Blutung und Pyämie) wurde die Transfusion in der Agonie vollzogen. Der 3. Fall (Pseudoleukämie) starb an Peritonitis septica. Beim 4. Fall (durch Diarrhöen äusserst heruntergekommenes Kind) hatte die Transfusion vorzüglichen Erfolg.

Die Frage Fränkels, ob hämatogener Ikterus aufgetreten sei, verneint C.; Hämoglobinurie sei nur bei der Transfusion fremdartigen defibrinirten Blutes aufgetreten. Auf die Einwendung Ookens, dass die Transfusion bei Leukämie die Production des kranken Blutes doch nicht verhindere, entgegnet C., die blutbildenden Organe würden derartig in ihrer Ernährung beeinflusst, dass eine heilende Einwirkung des zu Grunde liegenden Krankheitsprocesses erwartet werden dürfe.

Zur Verhinderung der Verletzung des Darmrohres geht C. nach Durchschneidung der Hautdecken mit dem Troicart bis in die Nähe des Peritoneum, zieht dann das Stilet zurück und dringt bloss mit der Hülse in die Peritonealhöhle.

Menche.

---

448. **Dr. Petrina** (Privatdocent in Prag), **Ueber lethalen Icterus im Verlauf von Typhus abdominalis.** (Prag. med. Wochenschrift No. 41 u. 42. 1881.)

Bei einem an Abdominaltyphus erkrankten Individuum tritt am 13. Krankheitstage unter Zunahme der Krankheitserscheinungen ohne Schüttelfrost ein immer intensiver sich zeigender Icterus auf; deutliche Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Leber, später reichliche Schweisse, Normaltemperaturen des Morgens; rasche Kräfteabnahme; Tod nach 3 Wochen. Die Section ergibt einen frischen Substanzverlust im Dünndarm in der Nähe der Klappe, nebst älteren Narben. Die Leber sehr gross, von miliaren Abscessen durchsetzt. Nach des Verf. Annahme handelt es sich um embolische Processe in der Leber, als deren Ausgangspunkt die Ulceration im Darm anzusehen ist, da Anzeichen eines andern Ursprungs der Abscesse (Zusammenhang mit Zellengängen)

selten und die mikroscop. Untersuchung überdies die stärkste Anhäufung von Rundzellen um die feinsten Pfortaderzweige nachwies.

Ausserdem beobachtete P. kurz nachher zwei in ihrem Verlaufe mit dem soeben geschilderten fast identische Krankheitsfalle, bei denen er trotz Mangel des Sectionsbefundes das Vorhandensein gleicher Verhältnisse anzunehmen sich berechtigt hält. Zur Charakterisirung des von dem vorigen verschiedenen Verlaufes, den die gleichfalls sehr seltenen Fälle von Abdominaltyphus darbieten, bei denen der Icterus bedingt wird durch ausgebreitete Entzündungserscheinungen im Gebiete des ductus hepaticus in Folge des Typhusprocesses führt Verf. einen fast gleichzeitig mit den obigen Fällen beobachteten Fall an, bei dem es sich um einen im Ablauf begriffenen Typhusprocess (4. Woche) handelte; unter wiederholtem Schüttelfroste und abermaliger Steigerung der Krankheitserscheinungen trat hier ein immer zunehmender Icterus auf, die Leber schwoll an und wurde für Druck empfindlich. Nach 4 Tagen war die Temperatur zur Norm gesunken, die Schüttelfröste blieben aus, Icterus jedoch besteht fort. Es entwickelt sich hochgradige Kachexie, nach 4 Wochen tritt Hydrops auf und nach weiteren 4 Wochen unter zunehmendem Kräfteverfall exitus lethalis. Die Section ergibt glatte pigmentirte Narben im Dünndarm; die Leber verkleinert ihre Oberfläche granulirt, das Gewebe brüchig, stellenweise narbige Einziehung. Die grösseren Zellengänge innerhalb der Leber mit bräunlich gelben fibrinösen Massen erfüllt, die kleinern zum Theil erweitert, und ähnliche Massen oder Concremente enthaltend. — Nach des Verf. Ansicht war es hier in Folge des Typhusprocesses (früher bestand niemals Icterus) durch Mitleidenschaft der Schleimhaut der Gallengänge (Micrococcusinvasion) zur Bildung croupöser Gerinnsel in den Gallengängen und Verengerung sowie stellenweiser Obliteration derselben gekommen, während das Fortschreiten des entzündlichen Processes auf das Bindegewebe zur Schrumpfung der Leber Veranlassung gab.

E. Schütz (Prag).

---

449. **Dr. C. Rieger, Ueber Schanker, Chancroid und ihre Metamorphosen.** (Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph. 1881. 2 und 3. S. 189.)

Aus der Klinik für Syphilis in Würzburg werden eine Reihe von Impfversuchen mitgetheilt, welche die verschiedenen Schankerformen und ihre Beziehungen zu einander beleuchten sollen. Die Versuche bestanden in 1) Application von Aetzmitteln oder Hautreizen auf Syphilitische; 2) Einimpfung vulgären Eiters auf Nichtsyphilitische und Syphilitische; 3) Einimpfung des Secretes reiner Ulcera auf Syphilitische; 4) Einimpfung des Secretes harten Schankers auf Syphilitische; 5) Impfung von Clerc'schem Chancroide auf Gesunde;

6) Fortimpfung von Chancroiden auf Gesunde und Syphilitische und 7) Impfung des Secretes des Uterinkatarrhs von Syphilitischen auf die Trägerinnen und andere Syphilitische.

Die Versuche selbst, sowie deren Resultate müssen im Originale nachgesehen werden.

Doutrelepont.

---

450. **W. Preyer, Die Entdeckung des Hypnotismus.** (Berlin, Verl. von Gebr. Paetel 1881.)

Der wahre Entdecker des Hypnotismus ist der oft genannte, wenig gelesene, viel gepriesene, arg verleumdete englische Arzt James Braid.

Er zeichnete sich schon früh als Chirurg aus und erwarb sich namentlich eine ungewöhnliche Geschicklichkeit im Operiren Schielender.

Seine ersten Schriften behandeln chirurgische Gegenstände, vom Jahre 1841 an aber ausschliesslich den Hypnotismus und damit Zusammenhängendes. Er fand jedoch in den vierziger Jahren nur wenige Anhänger unter den Aerzten, obwohl man viel von ihm sprach. Erst als der angesehene Physiolog Carpenter im Jahre 1853 in der Royal Institution in Manchester sechs Vorlesungen über die Physiologie des Nervensystems mit besonderer Rücksicht auf den Somnambulismus gehalten hatte, in denen er die Richtigkeit der von Braid gefundenen neuen Thatsachen anerkannte, nahmen sich mehrere Aerzte der Sache an. In theoretischer Beziehung hatte die schon in 1846 erschienene, noch heute ungemein interessante Schrift: „Die Macht des Geistes über den Körper" Aufsehen erregt. Es wird darin auf Grund schlagender Experimente der grosse Einfluss der Phantasie auf die Wahrnehmung und die Unhaltbarkeit der Reichenbach'schen Od-Lehre dargethan, sofern sie als Stütze eines thierischen Magnetismus dienen sollte.

Braid's Hauptwerk ist aber seine Neurypnologie, welche 1843 erschien und durch die Mehrzahl der späteren Arbeiten nur ergänzt, wenig erweitert und nicht wesentlich modificirt wird.

Die genannten Werke bilden die Grundlage der folgenden Mittheilungen, welche mit der grössten Sorgfalt (im Text) so abgefasst sind, dass nicht das Geringste aus späterer Zeit aus den Originalarbeiten Braid's herausgelesen wurde, nichts ihm zugeschrieben wird, was nicht durch seine veröffentlichten Schriften beurkundet ist.

Besonders nachdem V. an gesunden Menschen viele seiner Versuche wiederholt habe, muss er bekennen, den lebhaften Wunsch zu empfinden, dass ihm die wohlverdiente Anerkennung nicht länger vorenthalten werde.

Das Wort Hypnotismus bezeichnet einen nervösen Schlaf, d. h. einen eigenthümlichen Zustand des Nervensystems, welcher künstlich herbeigeführt werden kann durch anhaltendes gespanntes Richten der

Aufmerksamkeit, besonders des Blickes auf einen Gegenstand von nicht aufregender Beschaffenheit.

So erklärt Braid 1843 die von ihm erfundenen und eingeführten Ausdrücke und fügt erläuternd hinzu: „Streng genommen bezeichnet Hypnotismus nicht einen Zustand, sondern eine Reihe von Zuständen, die in jeder erdenklichen Weise variiren zwischen blosser Träumerei und tiefem Coma, mit völliger Aufhebung des Selbstbewusstseins und der Willenskraft, auf der einen Seite, und einer fast unglaublichen Exaltation der Functionen der einzelnen Sinnesorgane, der intellectuellen Fähigkeiten und der Willenskraft auf der anderen Seite.

Anfangs war Braid der Meinung, dass der ganze Mesmerismus oder sogenannte animalische Magnetismus auf Täuschung, heimlichem Einverständniss, erregter Einbildungskraft, Zuneigung, Nachahmung beruhe. Die erste „magnetischen" Sitzung, welcher er, dem Wunsche einiger Freunde nachgebend — am 13. November 1841 — beiwohnte, bestärkte ihn in dieser vorgefassten Meinung. In der zweiten erregte aber das Unvermögen der Patienten ihre Augen offen zu halten, seine Aufmerksamkeit.

Nach zwei Tagen experimentirte er in Gegenwart einiger Freunde, um ihnen die Richtigkeit seiner „Theorie" zu beweisen, dass nämlich das anhaltende aufmerksame Starren die fragliche Erscheinung zur Folge habe, indem durch dasselbe die zum Auge gehörigen Nervencentren mit ihren Annexen gelähmt würden, und so dass Gleichgewicht des Nervensystems gestört würde.

Zunächst sollte gezeigt werden, dass das Unvermögen, die Augen offen zu halten, durch Lähmung des Hebers des Augenlids zu Stande komme, der während des langen Starrens ununterbrochen thätig war.

Ein junger Mann in sitzender Stellung in Braid's Zimmer wurde daher ersucht, starr die Mündung einer Weinflasche zu fixiren, welche so hoch und so nahe gestellt war, dass es eine beträchtliche Anstrengung der inneren geraden Augenmuskeln und Augenlidheber erforderte, sie stetig anzusehen. Nach drei Minuten senkten sich die Lider, ein Thränenstrom lief über die Wangen, sein Kopf neigte sich, sein Gesicht verzerrte sich etwas, er stöhnte und verfiel sogleich in einen tiefen Schlaf, wobei die Athmung sich verlangsamte, vertiefte und pfeifend wurde, während rechts Arm und Hand leichte krampfhafte Bewegungen machten. Nach 4 Minuten wurde daher der Versuch abgebrochen.

Nach diesen überraschenden Erfolgen sprach Braid seine Ueberzeugung dahin aus, dass eine Störung des Gleichgewichts der Centren im Gehirn und Rückenmark und der Herzthätigkeit und Athmung, sowie der Muskelthätigkeit vorhanden sei, welche herbeigeführt werde durch anhaltendes Starren und absolute Ruhe, vor allem durch angespannnte Aufmersamkeit; die herabgesetzte Athmung gehe mit jener Anspannung der Aufmerksamkeit zusammen.

Er erklärte bereits damals — Ende 1841 — bestimmt, dass alles vom physischen und psychischen Zustande des Patienten abhängt, nicht von dem Willen oder dem Streichen des Operateurs, der durchaus nicht

ein magnetisches Fluidum abgebe oder irgend ein mystisches Universal-Fluidum oder -Medium in Bewegung setze.

Es gibt jedoch so grosse Unterschiede zwischen dem neuen so hervorgerufenen hypnotischen Zustande, welcher später passend Braidismus genannt wurde, und den von Mesmer hervorgerufenen mannigfaltigen Erscheinungen, dass man beide durchaus von einander trennen musste. Namentlich fehlen dem Braidismus eine Anzahl von angeblichen Erscheinungen des Mesmerismus, welche trotz vieler Versuche unter keinen Umständen sich hervorrufen liessen. Dahin gehören:

das Erkennen der Zeiger einer Taschenuhr, welche hinter dem Kopf oder auf der Magengrube sich befindet;

das Lesen verschlossener Briefe oder Bücher;

das Wahrnehmen von Dingen in meilenweiter Entfernung;

das Erkennen und Heilen von Krankheiten seitens unmedicinischer Individuen;

das Beeinflussen von Patienten in meilenweiter Entfernung, ohne dass dieselben von beabsichtigten Versuchen wissen oder an solche glauben.

Nicht eine von diesen Behauptungen der Mesmeristen hat sich vor wissenschaftlichen Kritikern thatsächlich begründen lassen.

Der nüchterne Beobachter Braid erklärt, er habe trotz vieler Bemühungen niemals einen Anhalt für ihre Richtigkeit gewinnen können.

Braid's Methode. Man nehme einen glänzenden Gegenstand zwischen Daumen und Zeige- und Mittelfinger der linken Hand, halte ihn acht bis fünfzehn Zoll vor den Augen in einer solchen Höhe, dass die grösstmögliche Anstrengung der Augenmuskeln und Lider erfordert wird, wenn der Patient ruhig und anhaltend das Object fixirt. Er muss auch fortwährend an das Object denken.

Durch die Convergenz der Blicklinien tritt nun zunächst Verengerung der Pupillen ein, bald aber eine Erweiterung derselben. Wenn letztere einen hohen Grad erreicht hat und die Pupillenweite auf und ab schwankt, dann wird häufig Lidschluss eintreten, wenn Zeige- und Mittelfinger der rechteu Hand, ausgestreckt und ein wenig von einander getrennt, vom Object gegen die Augen bewegt werden. Der Lidschluss geschieht dann unwillkürlich und zitternd. Preyer fügt hinzu: In einem exquisiten Fall der Art (mein Assistent Hr. Creutzfeldt) erschien nach Ablauf der ersten Minuten ein ganz runder dunkelgrauer Fleck gerade an der Nasenspitze. Dieses Verfahren der Hindu (Anstarren der Nasenspitze) habe ich überhaupt wenig wirksam gefunden. Dagegen die Fixirung eines kleinen Inductionsfunkens mit aurgestreckten Armen im dunkeln Zimmer erwies sich öfters noch wirksamer, als das Anstarren weisser, rother, grüner facettirter, an Stativen befestigter Glasknopfe.

Die Empfindungen, welche eintreten, wenn man irgend einem eigenen Körpertheile anhaltend seine ganze Aufmerksamkeit zuwendet, sind nicht mit denen der Hypnose zu verwechseln. Aber die Concentration der Aufmerksamkeit allein ist, und zwar auch bei Blinden, im Stande, Hypnose herbeizuführen, worauf Braid mit Recht grosses Gewicht legte. Die Aufmerksamkeit muss nur bei geschlossenen Augen

auf irgend einen eingebildeten Gegenstand oder eine Vorstellung anhaltend gerichtet sein.

Eine ungewöhnlich lange Dauer der Wiederholung desselben Sinneseindrucks auf irgend ein Sinnesorgan, ausser dem Auge, kann nur dann Hypnose hervorrufen, wenn die Patienten schon vorher hypnotisirt gewesen sind. Andernfalls tritt nur gewöhnlicher Schlaf ein wie nach dem Langeweile verursachenden, bis zu einer Stunde fortgesetzten Streichen mancher Magnetiseure. Hypnose entsteht nach wenige-Minuten, im Dunkeln wie bei Tage oder bei Gaslicht, bei verbundenen oder offenen Augen, wenn nur die Augen in unverrückt fester Stellung bleiben, der Körper völlig ruht und die Aufmerksamkeit durch nichts Anderes in Anspruch genommen wird.

Ein starker Luftzug gegen das Gesicht aber hebt die Hypnose überhaupt auf, gleichwie dies von Mesmer, sei es durch Blasen mittelst der Lippen oder mittelst eines Blasebalgs, sei es durch eine Handbewegung oder wie sonst mittelst unbelebter Objecte hervorgebracht wird. Auch Händeklatschen, ein starker Schlag mit der Hand auf den Arm oder das Bein, ein Druck auf die Augenlider oder Reiben derselben dient zum Dehypnotisiren, welches immer dann schleunigst vorzunehmen ist, wenn die Herzthätigkeit tumultuarisch geworden ist. Unwissende dürfen daher nicht mit hypnotischen Experimenten sich unterhalten.

Ebenso wie man nach dem beschriebenen Verfahren Andere hypnotisiren und wecken kann, ist es möglich, sich selbst ganz allein zu hypnotisiren und auf Verlangen zu dehypnotisiren, z. B. durch die Aufforderung, sich die Augen zu reiben.

So kommt es wohl in Krankheiten vor, dass ohne es zu wollen und ohne vom Hypnotismus etwas zu wissen, der Kranke sich hypnotisirt, indem er starrt.

Möglicherweise versetzten sich auch manche religiöse Enthusiasten, wie die Mönche vom Berge Athos und die Säulenheiligen in den hypnotischen Zustand. Nachgewiesenermassen ist es der Fall bei den Yogins in Indien. Die Resultate, welche Braid mittels des beschriebenen Verfahrens erzielte, sind ausserordentliche; zum Theil klingen sie ganz unwahrscheinlich. So wurden einmal in einer Versammlung von 800 Menschen in Manchester von 14 männlichen Personen, die ihm sämmtlich fremd waren und freiwillig vortraten, 10 hypnotisch. In Rochdale wurden 20 an einem Abend hypnotisirt. In London hypnotisirte Braid in einer medicinischen Privatgesellschaft am 1. März 1842 von 18 Personen innerhalb 10 Minuten 16, die er einen Leuchter anstarren liess.

Die interessanten Capitel über die Erscheinungen des Hypnotismus, dastehen, Hören, Riechen, Schmecken, Fühlen der Muskelthätigkeit, die halbseitige Hypnose, der Phreno-Hypnotismus und das Verfahren denselben herbeizuführen die phreno-hypnotischen Experimente sowie über Braid's theoretische Bemerkungen über den gewöhnlichen Hypnotismus, den Phreno-Hypnotismus und die Fascination müssen als zu weit führend hier übergangen werden. Ebenso seien nur namhaft gemacht diejenigen über: die hypnotischen Wundercuren, die Schicksale der Entdeckungen Braid's, den gegenwärtigen physiologischen Standpunkt,

sowie dass den Schluss der Broschüre ein in's Deutsche übertragenes Manuscript James Braid's über den Hypnotismus bildet, welches viele interessante Data enthält.

Kocks.

---

451. **Herzog Carl in Bayern, Casuistische Beiträge zur Kenntniss der feineren Veränderungen bei Rückenmarksaffektionen.** Beobachtungen aus v. Ziemssen's Klinik und v. Bull's pathologischem Institut. (v. Ziemssen's Annalen der städt. allgem. Krankenhäuser zu München 1876—77. p. 419.)

1. Fall. Fraktur des 8. Brustwirbels und Quetschung des Rückenmarks. Vollständige motorische und sensible Lähmung der Unterextremitäten und des Rumpfes bis zum 8. Intercost.-Nerven aufwärts, Lähmung des Detrusor vesicae, Stuhlverhaltung, vom 6. Tage an Decubitus mit Fieber, Cystitis. Tod nach 2 Monaten durch Pyaemie, Embolie in der Lunge und Pleuritis. Ausser den gewöhnlich bei traumatischer Myelitis vorhandenen Symptomen werden noch folgende besonders hervorgehoben und erläutert. Oedem der Füsse, welches nach Leyden vielleicht auf die Unthätigkeit der Muskeln und den veränderten Gefässtonus zu beziehen ist. Bezüglich der Frage über die Entstehung von Cystitis und Pyelitis bei RM-Affektionen, ob durch Stauung und Zersetzung des Harns in der Blase (Leyden, Rosenstein) oder durch trophische Nerveneinflüsse in Folge der Spinalläsionen (Charcot), neigt Verf. mehr zur letzteren Ansicht, da in ganz akuten Fällen die Blasenerkrankung mit Hämaturie beginne. Bei den mangelhaften Kenntnissen über den Einfluss des RM auf die Eiweisssekretion lässt sich schwer entscheiden, ob die in diesem Falle vorhandene Albuminurie direkt von der Myelitis (Erschütterung des Eiweisscentrums im verlängerten Mark durch Contusion) oder von der Nierenerkrankung abhängig zu machen ist. Als weitere trophische Störung wurden noch ausser Decubitus Abschilferungen der Epidermis an den Unterextremitäten, als Reizungserscheinungen im motorischen Gebiet Spasmus, in der sensiblen Sphäre blitzartig durchschiessende Schmerzen in dem gelähmten Körpertheil und als Folge des aufsteigenden Processes neuralgische Schmerzen in beiden Schultergelenken, in den rechten Arm- und Brustmuskeln beobachtet. — Bei der Sektion fand sich eine Querfraktur des 8. Brustwirbelkörpers, Zusammenschnürung des RM, nach oben und unten von der Knickung Eiter zwischen Häuten und Mark. Die mikroskopische Untersuchung ergab: reichlichen Gehalt des Marks an lymphoiden Körpern, Kernvermehrung in der Adventitia feiner Arterien und den Capillaren, Thrombosen und Obliterationen feinster Arterien mit konsekutiver herdweiser Veränderung des Nervengewebes, im ganzen RM bis zum Pons gelbe Flecken, die „als Produkte der traumatischen Einwirkung, d. h. der Quetschung und plötzlichen Cir-

culationsbehinderung, sowie der fast 2-monatlichen reaktiven Vorgänge" aufgefasst werden.

2. Fall. Caries des 4. Brustwirbels. Druckatrophie des RM. 44tjähr. Mann leidet seit 2 Jahren an „rheumatischen" Schmerzen im Rücken im Gefolge eines Gelenkrheumatismus, bot aber keine motorischen Störungen dar. Vor 3 Monaten traten zuerst brennende Schmerzen in beiden Füssen auf und allmähliche Abnahme der Empfindung und Gebrauchsfähigkeit der Beine, die sich bis zu vollständiger Paralyse der Unterextremitäten und unteren Bauchmuskeln bei normaler elektrischer Erregbarkeit zu Parese des Detrusor vesicae, sowie zu kompleter Analgesie bis in den 6. Intercostalraum bei mässiger Herabsetzung der Tastschärfe und beträchtlicher Verminderung des Druck- und Temperatursinnes entwickelte. Dabei besteht spontan und auf Druck Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule vom 6.—10. Brustwirbel. Der Tod erfolgt durch ein Pseudo-Erysipel am linken Arm mit remittirendem Fieber (Pyaemie). Bei der Sektion fand sich: Caries des 4. Brustwirbelkörpers, viel Flüssigkeit im unteren Theil des Arachnoidealsackes, das RM an einer Stelle eingeschnürt, erweicht und quellend, Erweiterung der Blutgefässe, besonders an der Lendenanschwellung. Mikroskopisch waren an der verschmälerten Stelle die Vorderhörner von links nach rechts verschoben, verwischt und verkürzt, das linke fast unkenntlich, auch die Hinterhörner, besonders linkerseits, stark verschmälert, die Blutgefässe erweitert und geschlängelt, die Ganglienzellen nur an der verengtesten Stelle in den Vorderhörnern (wiederum vorwiegend links) der Zahl nach verringert und theilweise kernlos, die austretenden Nervenbündel glasig glänzend, vielfach marklos, in dem Gewebe des RM zahlreiche Lymphkörper, in der Pia und äusseren Oberfläche des RM beträchtliche Kernvermehrung. Diese Veränderungen sind, da Druck von knöchernen Wänden oder von einem Exsudat auszuschliessen ist, durch einen Entzündungsprozess zu erklären, der ausgehend von Wirbelcaries durch die Blut- und Lymphgefässe auf die RM-häute und das RM selbst sich fortgepflanzt hat. (Meningomyelitis in Folge von Wirbelcaries.) — Aetiologisch wird der Gelenkrheumatismus herbeigezogen, der ebenso wie zu purulenten Entzündungen anderer Gelenke auch zu der eines Wirbelgelenkes und dadurch zu cariöser Zerstörung der Knochen führen könnte. — Die komplete Analgesie mit fast ungestörter Tastempfindung im Anfang wies auf eine (durch Druck oder Myelitis bedingte) Hemmung der Leitungsbahnen in der grauen Substanz mit relativ geringerer Betheiligung der Hinterstränge hin. Im späteren Verlauf traten zu der Lähmung schmerzhafte Streckkrämpfe hinzu. Diese dürften auf eine myelitische Erkrankung der Seitenstränge (Charcot) zu beziehen sein, die ja auch sensible Fasern enthalten. Die trophischen Erscheinungen waren auffallend gering: nur zuletzt trat beginnende Cystitis, kein Decubitus auf, Appetit und Stuhl waren regelmässig. In dieser Hinsicht muss man sich mit der Annahme begnügen, dass die trophischen Centren in Bahnen, über die noch nichts Sicheres bekannt ist, den pathologischen Einflüssen entgingen. Die vorwiegend linksseitige Atrophie des RM-querschnittes war klinisch nicht in die Erscheinung getreten.

3. Fall. Eine 57 jähr. Pat., bei welcher zu Lebzeiten die Diagnose

auf Carcinom der Wirbelsäule lautete, und post mortem ein Sarkom der Dura des RM, der Wirbelkörper und der Intervertebral-Ganglien in der Höhe des 6.—7. Brustwirbels mit sekundärer Atrophie des RM und cariöser Zerstörung der betr. Brustwirbel und des Intervertebralknorpels gefunden wurde, hatte folgende Erscheinungen dargeboten: Rapide Abmagerung, seit 4 Monaten vor der Aufnahme zunehmende Schmerzen im Rücken, und später längs der Intercostalräume, daneben grosse Schwäche und Schlaflosigkeit. Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule in der Gegend des 6. Brustwirbels. Weiterhin trat plötzlich vollständige Paraplegie der Unterextremitäten ein mit bedeutend herabgesetzter Sensibilität bis zum 5.—6. Interc.-Raum und bedeutend herabgesetzter Erregbarkeit des Nerven und Muskels für beide Stromarten. Dazu kamen Decubitus, tonische und klonische Zuckungen, und unter zunehmenden Schmerzen und abnehmender elektrischer Erregbarkeit erfolgt der exitus letalis. Die Neubildung ging vom äusseren Blatt der Dura aus, von da einerseits auf die Knochen, andrerseits auf das innere Blatt der Dura, auf den meningealen Ueberzug der hinteren Spinalganglien, auf die Ganglien selbst und endlich auf das Bindegewebe zwischen den Nervenfasern und der Schwann'schen Scheide über. Der atrophische Zustand des RM wird erklärt durch den Druck der Neubildung in den Meningen. — Das sonst bei Kompressions-Myelitis nur selten vermisste Symptom der gesteigerten Reflexerregbarkeit fehlte in diesem Falle, was vielleicht durch „Umschnürung der Spinalganglien und das mikroskopisch beobachtete Einwuchern der Neubildung zwischen deren Ganglienzellen“ und dadurch bedingte Aufhebung der centripetalen Leitung zu erklären ist. Auch fehlten die Sehnenreflexe gänzlich, was in der kompleten Lähmung seine Erklärung findet. Bemerkenswerth war ferner die konstante Temperaturerniedrigung, jedenfalls ein Effekt des allgemeinen schlechten Ernährungszustandes und der konsekutiven Anämie. Für die Abmagerung wird die Ursache in den allgemeinen pathologischen Veränderungen des Organismus, nicht in Erkrankung trophischer Centren des RM, für die starken Schmerzen „in dem Drucke und in der Reizung der wuchernden Neubildung in den hinteren Wurzeln und der Verbreitung derselben um und in die Spinalganglien“ gesucht.

4. Fall. Sarcoma Durae matris spinal. et vertebrar. mit Atrophie des RM bei einer 68 jähr. Pat. Aehnlicher Verlauf und Befund wie im vorigen Falle. Die atrophischen Veränderungen waren jedoch an vielen Stellen weniger weit entwickelt. Die Befunde: Verschiebung der grauen Substanz, Veränderung und Verringerung der Ganglienzellen, sowie die Veränderungen der Neuroglia waren auch hier gewiss eine Folge des Druckes der sarkomatösen Neubildung auf das RM. Nach der Anamnese hatte die Neubildung erst $^1/_2$ Jahr vor dem Tode RM-erscheinungen hervorgerufen, welche denen einer Kompressions-Myelitis entsprachen. Der ziemlich rapide Verlauf macht es erklärlich, dass trotz der bedeutenden mikroskopischen Veränderungen, insbesondere der motorischen Ganglienzellen, ausser kompleter Lähmung keine trophischen Störungen an den Unterextremitäten nachgewiesen werden konnten.

Stintzing (München).

452. **Prof. Chvostek** (Wien), **Ein Fall von Abscessbildung im Pons Varoli mit completer Lähmung beider N. faciales und aller vier Extremitäten.** (Wien. medic. Blätter 1881. Nr. 37, 38, 39 und 40.)

Bei einem wiederholt syphilitisch inficirt gewesenen 29-jährigen Cavallerieofficier trat bald nach einem anstrengenden Ritte unter heftigem Kopfschmerz, allgemeiner Schwäche und starken anfallsweise sich steigernden Schmerzen in den Gliedmassen, ferner häufig wiederholtem Frösteln eine allmählig zur completen Lähmung sich steigernde Parese sämmtlicher Extremitäten sowie Lähmung beider n. faciales auf; nach kurzer Zeit Abnahme der Hautsensibilität an den unteren Extremitäten und an beiden Gesichtshälften. Ferner war erschwertes Sprechen, doch weder Zungen- noch Gaumenlähmung vorhanden. Tod nach 4 Wochen. Die Section des Gehirns ergab je einen erbsengrossen Eiterherd im Pons zu beiden Seiten der Medianlinie gelagert, die benachbarten Theile erweicht.

Die Section der übrigen Körpertheile war nicht gestattet.

E. Schütz (Prag).

---

453. **Dr. G. Fischer** in Canstatt und **Dr. Fr. Schweninger**, Privatdozent für Chirurgie in München, **Nervendehnung bei tabes dorsalis.** (Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. 1881. Nr. 11.)

Die Verf. beschreiben ausführlich und sorgsam nach genauen Prüfungen und Untersuchungen einen Fall von tabes, deren Beginn sich 8 Jahre zurückdatiren liess, bei welchem schliesslich nach fast einjähriger hydrotherapeutischer und galvanischer Behandlung eine nicht unbedeutende Besserung erzielt wurde. Als jedoch unter kümmerlichen äusseren Verhältnissen der Zustand sich wieder verschlimmerte, schritt man zur Dehnung des linken nerv. ischiadic., da in der linken Unterextremität in letzter Zeit paretische Erscheinungen sich gezeigt hatten. Streng nach Lister wurde operirt, der nerv. ischiadicus unterhalb der Gluteafalte blossgelegt und in einer halben 8er-Tour zweimal nacheinander eine halbe Minute lang um den rechten Finger geschlungen. Durch die Operation wurden mehr oder weniger gebessert: der Gang. die beginnende Parese, die Ataxie, die lancinirenden Schmerzen, die halbseitigen Schweisse, die taktile und faradokutane Sensiblität und die Blasenlähmung.

Dagegen blieben die Verlangsamung der Schmerzleitung, das Fehlen der Patellarreflexe. Die Schlaffheit des Muskeltonus und die starke beiderseitige Herabsetzung des Temperatursinns unverändert.

Stintzing und Oebeke (Endenich).

---

454. **Prof. Chvostek, Dehnung der N. ischiadici bei herdweiser Sclerose.** (Wiener medic. Blätter. 43 und 44. 1781.)

Verf. theilt die Krankengeschichte eines Falles mit, in dem die Diagnose mit der grössten Wahrscheinlichkeit auf herdweise Sclerose des Centralnervensystems gestellt werden konnte, und bei welchem die Dehnung zuerst des einen, später auch des andern n. ischiadicus ausgeführt wurde; der Erfolg war ein sehr günstiger, indem alle lästigen Symptome — der tonische Krampf in den unteren Extremitäten, die gesteigerten Achillessehnenreflexe, sowie überhaupt die schüttelnden Bewegungen in diesen Exteremitäten — schwanden und selbst die sehr gesteigerten Patellarreflexe schwächer wurden. Diese Besserung blieb bis zu dem 3 Monate nach der Operation erfolgten Austritte des Kranken aus dem Spitale fast vollständig erhalten; doch kam in den letzten Tagen des Spitalsaufenthaltes bei Versuchen, die Beine activ zu strecken, ein leichtes Vibriren der Muskulatur der Oberschenkel wieder zum Vorschein.

E. Schütz (Prag).

---

455. **Spatz, Ueber den Einfluss von Krankheiten auf die Grösse des Herzens.** (Deutsch. Arch. f. Klin. Med. 30. Bd. I. u. II. Hft.)

Veranlasst durch Buhl, der bereits selbst im Jahre 1878 in einer „Messungen der Herzventrikel und der grossen Gefässe" betitelten Arbeit das obige Thema in Angriff genommen hatte, beschäftigte sich Verf. auf Grund eines bedeutend grössern Materials mit derselben Frage. Nach einer eingehenden Kritik der Vorarbeiten anderer Forscher (Bizot, Peacock, Engel, Beneke, Du-Castel) bespricht Verf. seine Untersuchungsmethode; zunächst wird am eröffneten Herzen die Grösse der Ventrikel, dann die Weite der Aorta und Pulmonalis, endlich die Dicke des Muskels (mit Ausschluss der Fettauflagerung) gemessen. Diesen Zahlen werden Angaben des Geschlechts, des Alters, der Körperlänge, des Gewichts und Volumens der Leiche beigefügt, Um normale Mittelzahlen als Vergleichsbasis zu erlangen, verfährt Verf. nach Buhls Vorgang so, dass er eine grössere Zahl von Fällen (1071) ohne Rücksicht auf die Krankheit auf die erwähnten Punkte untersucht. Schon hierbei stellt sich ein Widerspruch mit der Angabe anderer Autoren, dass das Herz mit zunehmendem Alter in allen Dimensionen wachse und mit der Behauptung Beneke's, dass die Art. pulmon. im Alter enger sei als die Aorta, heraus. Dieselben Ergebnisse zeigten sich bei einer Zusammenstellung von plötzlich in Folge von Verunglückung, oder an acuten Krankheiten schnell gestorbenen Fällen (99). — Die einzelnen Krankheiten zeigten folgenden Einfluss auf das Herz. Bei Phthisikern (233 m., 94 w.) fand sich eine Verkleinerung besonders des

l. Ventr., die von Buhl gefundene absolute compensatorische Hypertrophie des r. Ventr. fand Sp. wenigstens nicht als Regel; im Widerspruch steht Verf. mit der Annahme Beneke's, dass die Kleinheit des Herzens bei Phthise eine primäre sei, da sie doch dann in einem besseren Verhältniss zur Atrophie des Körpers stehen müsste. In noch höherem Grade als bei Phthisikern erschien die Grösse des l. Ventr. bei Carcinom-Kranken (29 M., 55 W.) vermindert. Die Aorta, mehr noch die Pulmonalis fand sich eher etwas verengt, als erweitert. (Beneke sucht gerade in dem Missverhältniss zwischen abnormer Weite der Aorta und Enge der Pulmonalis eine der Dispositionen für die Entwickelung der Neubildung.) — Interessant ist das Resultat, das sich für den Granularschwund der Niere ergab (54 F.) Verf. bestätigt völlig das von Buhl constatirte Missverhältniss zwischen dilatirtem, hypertrophischem l. Ventrikel und enger Aorta; für die Frage nach dem Zusammenhang von Nierencirrhose und Herzhypertrophie erscheint dieser Befund von grosser Bedeutung. Sowohl die Traube'sche als die Gull-Sutton'sche Theorie würden eine Erweiterung der Aorta erfordern. Verfasser schliesst sich Buhl's Erklärung an, der die Herzhypertrophie entstehen lässt als Folge einer mit der Nierenerkrankung entstehenden Myocarditis, die an und für sich schon zur Hypertrophie führend, dies um so mehr thun wird, wenn der Eintritt des Blutes in die Aorta durch die Enge der letzteren noch erschwert wird. — Verf. weist übrigens aus seinen Messungen nach, dass Myocarditis allein (78 F.) in der That zu ganz beträchtlichen Hypertrophien des Herzens führt. — Es folgen dann noch die Resultate aus den vergleichenden Messungen des Herzens und der Grösse und der Entwickelung des Körpers überhaupt. Verf. kommt hier zu demselben Resultat, das Beneke in folgendem Satz ausspricht: Wir dürfen mit Sicherheit den Schluss ziehen, dass Herzgrösse und Körperlänge nicht in einer directen Abhängigkeit von einander stehen, für beide vielmehr besondere Bedingungen des Wachsthums vorhanden sein müssen.

Lachman (Frankfurt a. M.).

---

456. **Eduard Zillner**, Assistent am Institut für gerichtliche Medicin in Wien. **Nach 4 Monaten aufgefundene Leiche; Nachweis der Cyankaliumvergiftung.** (Eulenburg's Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen. Neue Folge. Band 35, Heft 2, pag. 193—200.)

Die Leiche eines dem Alcoholgenusse ergebenen 44-jährigen Chemikers, welcher sich durch Cyankalium vergiftet hatte, wurde, 115 Tage nach seinem Verschwinden, unter der Diele eines Arbeitszimmers in einem 1 □m Bodenfläche und 70 cm Höhe haltenden Raume, in

welchem die Gas- und Wasserleitungsröhren im rechten Winkel zusammenstossen, in gekrümmter Lage gefunden. Sie hatte von Oktober bis Februar bei einer Temperatur von + 8 bis 10° C. in einem Raume gelegen, wo wegen des sehr gut schliessenden Deckels kein Luftwechsel stattfand. Die Leiche war mumificirt, in den serösen Höhlen viel freies Fett ausgetreten, die drüsigen Organe fettig degenerirt, Blutfarbstoff in den Muskeln und der Milz noch erkennbar. Keine Schmarotzerthiere. — In der Leber konnte noch nach so langer Zeit sowohl durch die Berlinerblauprobe als durch die Liebig'sche Rhodanammonium-Reaction die Gegenwart von Blausäure nachgewiesen werden.

Leo.

457. **Ueber die Einwirkung der Säuren auf bleihaltige Zinngeräthe.** Superarbitrium der Kgl. wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen. (Erster Referent Eulenberg). (Eulenburg's Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen. Neue Folge. Band 35. Heft 2. pag. 277—304.)

Auf Veranlassung des Herrn Cultusministers hat die wissenschaftliche Deputation ein sehr eingehendes, die sanitären, chemischen und volkswirthschaftlichen Beziehungen berücksichtigendes Gutachten darüber abgegeben, welcher Bleigehalt für die zinnernen Flüssigkeitsmaasse und andere mit Speisen in Berührung kommende Geräthe als zulässig zu erachten, und ob durch polizeiche Massregeln der Vertrieb von zinnernen Geräthen mit höherem Bleigehalte zu verhüten sei?

Das ausführliche Gutachten, dessen Einzelheiten im Originale nachzulesen sind, gipfelt in nachstehenden Schlussfolgerungen:

1. Es erscheint aus sanitätspolizeilichen Gründen geboten, mit polizeilichen Massregeln gegen die Benutzung bleireicher Flüssigkeitsmaasse und Hausgeräthe, die mit Nahrungs- und Genussmitteln in Berührung kommen, einzuschreiten.

2. Eine polizeiliche Controlle ist nur dann mit Erfolg durchzuführen, wenn dieselbe in einer gesetzlichen Normirung des Feingehaltes der genannten Maasse und Geräthe eine Handhabe findet.

3. Der höchste Feingehalt der Zinnbleilegirungen entspricht am meisten den sanitären Anforderungen.

4. Ein Verhältniss von $^5/_6$ Zinn und $^1/_6$ Blei ist das Minimum, welches wir vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus für zulässig erachten, wenn es sich um die Anfertigung von Flüssigkeitsmaassen, Haus- und Wirthschaftsgeräthen handelt, die mit Nahrungs- und Genussmitteln in Berührung kommen, ohne dabei einer hohen Temperatur ausgesetzt zu werden.

5. Zum Verzinnen von kupfernem, resp. messingnem oder eisernem Geräthe und Geschirr, welches zum Kochen und zur Zubereitung der

Speisen und Getränke benutzt wird, sowie zum Verzinnen von Esslöffeln aus Eisenblech darf nur reines Bancazinn, welches höchstens 2—3 pct fremder Metalle enthält, verwendet werden. Unter diesen fremden Metallen dürfen nur Spuren von Blei vorkommen.

6. Zu allen Geräthen, welche nur zu technischen Zwecken dienen, ist ein demselben entsprechendes Verhältniss von Blei und Zinn zulässig.

Leo.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Neue Bücher.

Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München. Herausgegeben von Ziemssen. 2. Bd. 1876 und 1877. München, Rieger'sche Univ.-Buchh. 30 M.

Bar, Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 5 fr.

Bourneville & Regnard, Iconographie, Photographique de la Salpêtrière tome III. Hystéro-epilepsie — Zones hystérogènes — Sommeil — Attaques de sommeil — Hypnotisme, Somnambulisme, Magnétisme, Catalepsie, procédés de magnétisation sabbat. Avec 40 photographies. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 30 fr.

Berlioz, Tableaux Synoptiques de l'action des Médicaments. Paris, G. Masson. 2 fr.

Fuchs, Das Sarcom des Uvealtraktus. Mit 6 lithographirten Tafeln. Wien, Braumüller. 7 M.

Goltz, Ueber die Verrichtungen des Grosshirns. Gesammelte Abhandlungen. Mit 3 Tafeln in Farbendruck. Bonn, Emil Strauss. 8 M. 80 Pf.

Laudan, Die Wanderniere der Frauen. Berlin, A. Hirschwald. 2 M. 40 Pf.

Saloz, Contribution à l'étude clinique et expérimentale du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes. Genf, Schuchardt. 4 M.

Satterthwaite, A manual of histology. 198 Illustr. London, Sampson Low & Co. 1 L. 1 sh.

Startin, Lectures on the parasitic diseases of the skin. Illustr. London, Lewis. 3 sh. 6 d.

Vaysettes, Etude clinique de l'accouchement prématuré accidentel; suivi de recherches histologiques et cliniques sur l'accouchement prémature artificiel à Lyon. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 2 fr. 50 cts.

Wilmart, De l'action de la pesanteur sur l'utérus gravide et son contenu chez la femme. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 2 fr. 50 cts.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. **6. December.** **Nro. 33.**

458. **Roth** (Bamberg), **Ueber die Verbreitung des Abdominaltyphus bei Wasserläufen.** (Aerztl. Intelligenzblatt Nr. 44.)

Im Jahre 1876 und 77 trat in dem Thale eines Baches, von dem 6 Ortschaften durchflossen werden, eine Typhusepidemie auf, die aus einer Einwohnerzahl von 2076 Personen 59 Individuen betraf, also 2,8 Proc. der Bevölkerung; 12 dieser Fälle endeten tödtlich.

Der 1. Fall betraf einen 20-jährigen jungen Mann aus dem am Weitesten bachaufwärts gelegenen Dorfe und von da aus wurden der Reihe nach die bachabwärts gelegenen Dörfer von Hausepidemien befallen, insbesondere beherbergten sämmtliche Mühlen des Thales Typhoidkranke und zwar nur solche, welche in der betreffenden Mühle erkrankt waren. Die Oertlichkeit der einzelnen befallenen Dörfer unterstützt die Annahme, dass der Bach der Träger des Typhuskeimes gewesen ist (über die Art der Infection des 1. Falles liess sich nichts bestimmtes eruiren); die befallenen Häuser sind im Ganzen und Grossen an den Lauf des Baches gruppirt oder liegen doch demselben sehr nahe. In

einem Orte blieb der südliche Theil, der von einem besonderen auf den benachbarten Höhen entspringenden Bache gespeist wird, von Erkrankungen völlig frei.

In einigen Fällen kounte die Möglichkeit von Trinkwasserinfection angenommen werden (eine Quelle war durch Bachwasser verunreinigt), bei den übrigen Fällen musste bei der Frage nach dem Modus, wie durch das Wasser Infektionskeime in den menschlichen Körper gebracht werden können, namentlich das Gebrauchswasser herbeigezogen werden.

Ein Beispiel einer so fortlaufenden Kette von Ortsepidemien längs eines Baches fand Verf. nicht wieder in der Literatur.

Seifert (Würzburg).

---

459. **O. Leube, Beiträge zur Frage vom Vorkommen der Bacterien im lebenden Organismus, speciell im frisch gelassenen Harn des Gesunden.** (Zeitschrift f. klin. Med. Bd. III, H. II.)

Verf. hat nochmals die Frage über die Bacterienfreiheit des frisch gelassenen Urins geprüft. Die Methode wurde so gewählt, dass sie, Verunreinigungen des Urins völlig ausschliessend, doch so einfach sich gestaltete, dass sie am Krankenbett practisch verwerthbar war. (Genaueres s. Orig.)

Alle Versuche (über 20) ergaben ganz gleichmässig immer dasselbe Resultat; der Urin mochte einige Tage oder Wochen im Apparat stehen, er blieb frei von Fäulniss oder Bacterien, so dass zweifellos der Schluss gezogen werden kann, dass der normale menschliche Harn weder Bacterien noch Keime derselben enthält.

Zum Belege dafür, wie wenig die einfache „Constatirung der ammoniakalischen spontanen Entleerung des Urins“, ohne dass sie durch die Katheterisirung controlirt ist, für die Spontanzersetzung des Harns in der Blase beweisend ist, führt L. folgenden Fall an: Bei einem Myelitiker wurde eine sehr bedeutende Zersetzung des Urins constatirt; da der Kranke nie katheterisirt worden war, lag die Annahme einer Spontanzersetzung des Harns sehr nahe. Als nun aber wirklich der Urin mit dem Katheter abgenommen wurde, zeigte derselbe ein völlig normales Verhalten; es beweist dieser Fall, wie schnell der Harnstoff ausserhalb der Harnwege in kohlensaures Ammoniak zersetzt werden kann.

Verf. behält sich vor, mit seiner Methode die Durchlässigkeit der Glomerulusmembran für Pilze und die Folgen derselben zu prüfen. Die voraussichtlich interessanten Resultate sollen in einer spätern Arbeit veröffentlicht werden.

Lachmann (Frankfurt a. M.)

460. **De Renzi, Studj di Clinica medica (di Genova) compiuti durante l'anno scolastico 1879—1880.** Studien aus der medicinischen Klinik (von Genua) während des Jahres 1879/80. (Ann. univ. di med. e chir. Heft 10.)

1. Ueber locale Temperaturen in verschiedenen Krankheiten.

In 17 Fällen von Gehirnerkrankungen wurde die Temperatur des Gehirns nach der Methode von Broca gemessen. Die Resultate sind: Bei frischen cerebralen Haemorrhagien ist die Temperatur auf der erkrankten Seite erhöht; sie nimmt allmählig ab und ist schliesslich geringer als die der gesunden Seite. In zwei Fällen von multipeln Syphilomen des Gehirns wurde eine höhere Temperatur auf der stärker afficirten Seite constatirt. Bei den endzündlichen Erkrankungen der Brustorgane fand sich stets die Erhöhung der Temperatur auf der erkrankten Seite. In diagnostischer Beziehung sind die localen Temperaturmessungen von Werth zur Unterscheidung von Peritonitis mit starkem Exsudat und einfachem hydropischem Ascites.

2. Morbus Brightii.

Die Untersuchungen bezogen sich hauptsächlich auf den Ausscheidungsmodus des Eiweisses und die Therapie. Den Einfluss der Veränderung des Druckes und der verschiedenen Beschaffenheit thierischer Membranen auf den Durchtritt von Eiweiss durch dieselben bewies Verf. an einem Apparate, in dem eiweissfreier Harn von eiweisshaltigem durch ein frisch der Leiche entnommenes Stück von Pericardium oder durch ein Stück frischer Amnioshaut getrennt war. So lange der Druckunterschied gering und die trennende Membran frisch war, trat kein Eiweiss durch, wohl aber bei verstärktem Druck auf den eiweisshaltigen Urin und bei längerer Dauer des Versuchs. Bezüglich der Therapie lobt Verf. sehr den Gebrauch des Fuchsins in Verbindung mit einer Milchkur (8 Fälle von Heilung). Er gab ersteres in Pillen zu 0,05, mit 2 pro die anfangend und bis auf 8 steigend. Bei Gebrauch eines reinen Präparates hat er nie unangenehme Folgen von diesem Mittel gesehen. Es ist indess nur da angezeigt, wo es noch von den Nieren abgesondert wird und den Urin roth färbt; ist dies nicht der Fall, so handelt es sich um unheilbare Affectionen und ein fortgesetzter Gebrauch des Fuchsins ist nutzlos.

3. Die rothen Blutkörperchen und das Haemoglobin im Blute verschiedener Kranken.

Aus einer grossen Zahl von Beobachtungen ergab sich:

1. Eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen nach methodischer Einathmung comprimirter Luft, zum Beweis, dass letzteres Heilverfahren nicht nur mechanisch wirkt, sondern auch chemisch die Ernährungsvorgänge beeinflusst.

2. Eine bedeutende Vermehrung der sogen. Haematoblasten nach mehrfach täglich wiederholten Klystiren von Lammblut.

3. Die Inconstanz des Verhältnisses zwischen der Quantität des

Haemaglobins und der Menge der rothen Blutkörperchen; beide können unabhängig von einander zu- und abnehmen.

4. Die entzündlichen Processe der verschiedensten Natur erzeugen constant eine bedeutende Verminderung der rothen Körperchen, sei es dass sie die Anbildung hindern, oder den Consum vermehren. In keinem Falle wurde Vermehrung der rothen Blutkörperchen über die physiologische Zahl beobachtet.

4. Ein Fall von Tabes dorsalis spasmodica.

Ein in nervöser Beziehung erblich belasteter Mann von 25 J. erkrankte plötzlich an heftigen Krämpfen in der linken Wade mit vorübergehender Bewusstlosigkeit. Die Anfälle wiederholen sich in immer kürzeren Pausen, und ergreifen auch die rechte Wade. Status praesens bei der Aufnahme in die Klinik: Intelligenz und Gedächtniss intact. Gesichts-, Geruch- und Gehörsinn etwas geschwächt, Geschmacksinn normal. Die tactile Sensibilität an den unteren Extremitäten in geringem Grade, die thermische erheblich vermehrt, so dass geringe Kälteeindrücke starke Reflexbewegungen auslösen. Ebenso ist die Empfindlichkeit gegen Schmerzen etwas vermehrt, während die elektrische normal ist. Die Sehnenreflexe sind an den unteren Extremitäten sehr verstärkt und fehlen an den oberen. Die Krämpfe charakterisiren sich, wenn der Kranke steht, durch heftige Flexionen der Unter- und Oberschenkel; während des Anfalls contrahiren sich fast sämmtliche Muskeln des Rumpfes; der Gesichtsausdruck des Kranken verräth Schmerz und Angst. Beim Gehen, das ohne Stütze nicht möglich ist, hebt er beim ersten Schritt den Fuss ungewöhnlich hoch von der Erde und tritt mit der äussersten Spitze des Fusses auf; bei den folgenden Schritten tritt dies noch stärker hervor, so dass er schliesslich, die Beine in stärkster Flexion im Knie- und Hüftegelenk tragend, sich fortbewegt. Die Krämpfe lassen nach, wenn der Kranke die Füsse auf ein Kissen setzt, und werden häufiger, wenn er mit nackten Füssen auf den Fussboden tritt. Therapeutisch wurde Bromkali (bis 6,0 pro die), Electricität (constanter Strom an der Wirbelsäule und den Beinen, electrisches Fussbad), Canabis indica (0,02 pro die), Sol. Fowleri (von 2 Tropfen täglich bis 22 steigend), warme Bäder und Calabarbohnen in Pulverform angewandt. Von guter Wirkung waren die electrischen Fussbäder, welche vollständiges Verschwinden der Anfälle rechterseits herbeiführten und links ihre Häufigkeit und Heftigkeit sehr herabsetzten. Verf. glaubt, dass der Erkrankungsherd nicht im Rückenmark, sondern im Gehirn zu suchen sei, zieht daher den von Silvestrici gewählten Namen: functionelle Ataxie der von Charcot herrührenden Bezeichnung tabes dors. spasmodica vor. Nach seiner Ansicht spricht für den cerebralen Sitz des Leidens der Beginn desselben, der ausgesprochen nervöse Charakter und die grosse moralische Impressionabilität des Kranken, sowie der Umstand, dass die Krämpfe auf der einen Seite nachliessen, auf der andern fortbestanden.

5. Die Electricität bei der Behandlung verschiedener Krankheiten.

Verf. untersuchte die Einwirkung des constanten Stromes auf Temperatur, Puls und Respiration. Er fand sowohl bei Galvanisirung

des ganzen Rückenmarks, wie des Halstheils desselben und des Sympathicus bei auf- und absteigender Stromesrichtung eine geringe Erhöhung der Temperatur und eine Vermehrung der Pulse und Athemzüge. Er glaubt nicht, dass hierbei eine directe Reizung des Marks resp. des Sympathicus stattfindet, da er keine darauf bezügliche Erscheinungen beobachtete; z. B. trat bei der Galvanisirung des Sympathicus (der eine Pol im Nacken, der andere am Unterkieferwinkel aufgesetzt) niemals Dilatation der Pupille und Verengerung der Gefässe am Kopfe ein, während diese Erscheinungen bei der directen Reizung des blossgelegten Sympathicus beim Thiere constant beobachtet werden. Er sucht die Erklärung für die Veränderungen der Temperatur etc. in der Reizung der Hautnerven. Es existirt also scheinbar ein Widerspruch zwischen dem physiologischen Experiment und der klinischen Thatsache der Wirksamkeit des constanten Stromes bei Leiden der nervösen Centren. Zur Lösung desselben führt er an, dass sich die im peripheren Nerven durch den electrischen Strom hervorgerufene negative Schwankung bis zum Centrum fortpflanzt, und dass dieser Reiz zwar keine sichtbaren physiologischen Effecte erzeugt, aber trotzdem auf Gehirn und Rückenmark nicht ohne Einfluss bleibt und wohl im Stande ist, Theile desselben, welche an Erregbarkeit und Energie eingebüsst haben, zu beleben und zu stärken. Verf. hat in 55 Fällen von nervösen Affectionen der verschiedensten Art die Electricität, speciell den constanten Strom als hauptsächliches oder ausschliessliches Heilmittel angewandt, und nur in 9 Fällen keinen Erfolg davon gesehen. Günstige Wirkungen hatte er zu verzeichnen bei Chorea (s. d. Ref. in Nr. 30 dieses Centralblatts), in einem Falle von Tabes dorsalis spasmodica (s. o.), bei cerebralen Paralysen und bei den nach Apoplexie zurückbleibenden Lähmungen. Bei Letzteren räth er zur möglichst frühzeitigen Anwendung des electrischen Stromes (entgegen den Ansichten von Duchenne, Rosenthal u. A.); je früher dieselbe geschehe, um so besser seien die Resultate. Für contraindicirt hält er die Electricität nur dann, wenn Kopfschmerz, Fieber, Contracturen etc. das Fortbestehen eines Entzündungsprocesses um den apoplectischen Herd anzeigen. Auch bei der Hysterie waren die Resultate günstig, besonders zur Bekämpfung der verschiedenen Hyperästhesien (der negative Pol auf den oberen Theil des Rückenmarks, der positive auf die hyperästhetischen Stellen). Bemerkenswerth sind endlich die bei Intermittens mit dem electrischen Strom erzielten Resultate. Verf. hatte denselben wegen nervöser Störungen bei einem an Intermittens quartana Leidenden angestellt, und zu seiner Ueberraschung blieben die Anfälle, gegen welche vergebens hohe Dosen von Chinin angewandt waren, aus. Diese Beobachtung führte zu weiteren Versuchen. Von 9 an Intermittens mit verschiedenem Typus Leidenden wurden 5 ganz geheilt, 1 erheblich, 1 leicht gebessert, bei 2 hatte die Anwendung von Electricität keinen Erfolg. Die Wirkung war in den geheilten Fällen eine so prompte, wie sie Vf. selten bei den Chininpräparaten sah. Oeftere, in einigen Fällen stündlich vorgenommene thermometrische Messungen und Beobachtung von 1—2 Anfällen vor Anwendung der Electricität liessen keinen Zweifel an der Diagnose zu. In 4 Fällen wurde der constante aufsteigende Strom längs des Rückgrats 5—15 Minuten lang gebraucht

(2 Heilungen, 2 Besserungen). Der inducirte Strom in mässiger Stärke ½ Stunde lang angewandt (der Kranke hielt die Electroden in den Händen) brachte 3 vollständige Heilungen zu Wege. Zur Lösung der verschiedenen sich aufdrängenden Fragen: in welcher Weise die Wirkung des electrischen Stromes zu erklären; ob der constante oder der inducirte Strom vorzuziehen ist etc., hält Verf. die Zahl der bisherigen Beobachtungen für zu gering.

Brockhaus (Godesberg).

---

461. **Dr. Petrina, Ueber Sensibilitätsstörungen bei Hirnrindenläsionen. Ein klinischer Beitrag zur Kenntniss der Funktionen der Grosshirnrinde.** (Zeitschrift für Heilkunde. Bd. II. 1881.)

Verfasser hält nachfolgende Beobachtungen für geeignet, die von Tripier zuerst aufgestellte Behauptung, dass die Gegend um die Rolandische Furche herum der Sensibilitätsleitung diene, zu bestätigen:

Fall I. Insuf. v. Aortae bei einem 30-jähr. Tischler; 6 Wochen vor Spitalseintritt plötzlich unter halbseitigen Convulsionen entstandene Lähmung des Mittelastes des rechten Facialis, Aphasie und Worttaubheit; Anästhesie der rechten oberen Extremität, der rechtsseitigen Gesichtshälfte und Backengegend für Schmerz und Temperaturdifferenzen. Section: Oberflächlicher dünner älterer Blutherd (2½ cm) die Inselwindungen den unteren Theil der vorderen Centralwindungen und den vordersten und obersten Theil des Gyrus temporalis superior bedeckend, die Markmasse intact.

Fall II. Hemiplegie und Hemianästhesie der linken Körperhälfte, — erbsengrosser, keilförmiger nekrotischer Herd im unteren Drittheil des rechtsseitigen sulcus Rolandi; oberflächliche Erweichung des benachbarten Theils beider Centralwindungen.

Fall III. Motorische Aphasie, Lähmung des Mittelastes des rechten Facialis. Anästhesie für Schmerz und Temperaturdifferenzen an der rechten Gesichts- und Rumpfhälfte; — umschriebene oberflächliche Erweichung der pars opercularis der 3. linken Frontalwindung.

Fall IV. Rechtsseitige Hemiplegie und Hemianästhesie, Aphasie und Worttaubheit; Besserung der Lähmung und Aphasie bei Fortbestehen der Anästhesie, Auftreten von Ataxie an der früher gelähmten oberen Extremität; — Kleiner Erweichungsherd in der Rinde des unteren Drittels der linken vorderen Centralwindung, der 3 ersten Inselwindungen und der vorderen oberen Partie des Gyrus temporalis superior.

Fall V. Linksseitige Hemiplegie und — Anästhesie; linsengrosser Tuberkel im rechten oberen Parietalläppchen.

Fall VI. Rechtsseitige Facialis und Extremitätenlähmung. Anästhesie der rechten Rumpfhälfte, Hyperästhesie der rechten oberen Ex-

tremität. — Hanfkorngrosser Tuberkel in der Rinde der Broca'schen Windung.

Als Beweis, „dass die Sensibilitätsleitung nur auf gewisse bestimmte Windungen der Grosshirnrinde beschränkt sein dürfte", führt P. folgenden Fall an.

Perforirende Tuberculose des rechten Stirnbeins mit Bloslegung der 2. und 3. Stirnwindung und oberflächlicher Erweichung der Rinde desselben; — keine Körperlähmung, keine Sensibilitätslähmung.

Ebenso fehlten in einem vom Verf. beobachteten Fall von Läsion der Rinde des Hinterhautlappens jegliche cutane Sensibilitätsstörungen.

Hieraus schliesst Verf., dass der vorderste Rindentheil des Stirn- und die Oberfläche des ganzen Hinterhauptlappens jedenfalls nicht der Sitz der sensiblen Leitung sein könne; dagegen geht aus P.'s Beobachtungen, übereinstimmend mit denen Tripiers, hervor, dass die Partien der Hirnrinde, welche bis jetzt als motorische Rindencentren gelten, sowie „ein etwa die Fronto-Parietalregion umfassender Abschnitt" der gleichzeitig auch der sensiblen Leitung dienend anzusehen sei.

Ganz entsprechend den experimentell von Munk gewonnenen Thatsachen, ergaben die Läsionen nur dann eine deutliche und bleibende motorische Lähmung der entgegengesetzten Körperhälfte, wenn dieselben tiefgreifend auch die darunter liegende Markstrahlung schädigten; beschränkte sich die Läsion dagegen nur auf die Rinde, so war wohl die Motilität durch eine auftretende Störung des Muskelsinnes, der Coordination beeinträchtigt, die betroffene Extremität unbeholfen, leicht müde, oft atactisch, doch nie complet gelähmt, dafür aber die Sensibilität in der Regel auffallend gestört. Auch der Umstand, dass in den einzelnen Fällen selten alle, meist nur gewisse Gefühlsqualitäten beeinträchtigt waren, spricht auch des Verf. Ansicht für eine gesonderte Leitung der einzelnen Gefühlsqualitäten, denen bestimmte kleine Zonen in der genauen Rinde entsprechen würden.

E. Schütz (Prag).

---

462. Dr. Alexis Kyrieris, Ueber Atrophia musculorum lipomatosa.

(Annal. des städt. allg. Krankenh. zu München. 1881. S. 583.)

Die von Duchenne zuerst als Paralysie cérébrate congénitale hypertroyhique beschriebene, von anderen Autoren als Atrophia musculorum lipomatosa (Seidel) oder Lipomatosis musculorum luxurians progress. (Heller) oder Muskelpseudohypertrophie (Eulenburg und Cohnheim, Griesinger) bezeichnete Krankheit charakterisirt sich klinisch durch auffallende Volumszunahme gewisser quergestreifter Muskeln mit bedeutender Erhärtung bei der Kontraktion und progressiver Abnahme ihrer Leistungsfähigkeit, mit vorwiegendem Beginn an den Unterextremitäten und allmählichem Fortschreiten auf den grössten

Theil des gesammten willkürlichen Muskelsystems. Verf. beschreibt einen solchen Fall, der auf von Ziemssen's Klinik beobachtet wurde. Er betrifft einen Knaben von 11 Jahren. Die ersten Anfänge der Erkrankung datiren nur auf 4 Jahre zurück und bestanden in Abnahme der Kräfte und Gebrauchsfähigkeit erst in den Beinen, die sich beim Stehen und Gehen gespreizt stellten, später in den Armen. Seit $^1/_2$ Jahr das Stehen unmöglich, in den letzten Monaten Volumszunahme der Waden ohne Schmerzen. Bei der Aufnahme fiel eine leichte blassrothe Marmorirung der Haut beim Entblössen auf, vor Allem aber eine athletische Verdickung einiger Muskeln und wiederum gänzliche Atrophie anderer, bei sämmtlichen aber herabgesetzte Leistungsfähigkeit. Beine komplet gelähmt, Kontraktur der Wadenmuskeln, Pes-equinus-Stellung. Muskulatur der Unterschenkel von ungewöhnlichem Volum, weniger die der Oberschenkel. Bauchmuskeln, Quadratus lumbor. und Opisthotenar verdickt, Rückenmuskulatur sonst etwas atrophirt. Aequilibrirung des Rumpfes nur in sitzender Stellung möglich, und selbst in dieser genügt der leiseste Anstoss zum Umwerfen. Pectorales fast ganz verschwunden, Schultermuskeln abnorm voluminös, Muskeln des Vorderarms ziemlich normal. Wirbelsäule in der Lendengegend etwas lordotisch, leichte Skoliose zwischen den Schulterblättern. Funktionen der Oberextremitäten sehr beeinträchtigt. Schulter-, Ellbogen- und Kniegelenke sehr schlaff. Muskeln und Motilität der Hand ziemlich gut erhalten, Händedruck jedoch kraftlos. Bei der elektrischen Prüfung ergab sich im Allgemeinen herabgesetzte Erregbarkeit der Muskeln, für den faradischen Strom bei einzelnen Muskeln fast aufgehoben, vom Nerven aus die elektr. Erregbarkeit weniger herabgesetzt. Manche Muskelbündel (besonders im Gastrocnemius) reagirten relativ gut, während einzelne Bündel desselben Muskels bei stärksten Strömen sich gar nicht kontrahirten. Sensibilität intakt.

Während Duchenne die interstitielle Bindegewebshypertrophie als alleinige Ursache der Volumszunahme auffasst, fand K., übereinstimmend mit den Angaben von Griesinger-Billroth, nach seinen mikroskopischen Untersuchungen an excidirten Muskelstücken: Intakte, aber auseinandergedrängte Muskelfasern, und Hyperplasie des Bindegewebes mit massenhafter interstitieller Fetteinlagerung.

Die Aetiologie des Falles war ganz dunkel.

Entgegen der Meinung Duchenne's, der die Erkrankung in's Gehirn, und anderer Autoren, welche dieselbe in's RM verlegen, ist nach den negativen anatomischen Befunden bei wirklich reinen Fällen eine Affektion der Nervencentren, sowie der peripheren Nerven nicht anzunehmen, vielmehr der Ausgangspunkt im Muskel selbst zu suchen.

Verf. reiht hieran noch einen weiteren, von v. Ziemssen auf der Erlanger Klinik beobachteten Fall, welcher sich den seltenen Beobachtungen von interstitieller Myositis unter dem Bilde der Pseudohypertrophie bei Erwachsenen anschliesst. In einem Falle war die trophische Störung, die zu einem athletischen Umfange einzelner Muskeln führte, erst im 12. Lebensjahre entstanden und hatte sich an dem (20jähr.) Individuum vorzüglich an der l. Körperhälfte entwickelt. Ein aus dem l. Gastrocnemius excidirtes Muskelstück zeigte beträchtliche Hyper-

plasie des interstitiellen Bindegewebes ohne Einlagerung von Fettzellen. „Ob diese mehr lokalisirte Form anders aufzufassen ist, als die sich generalisirende Form der Pseudohypertrophie der Muskeln, muss vorerst dahin gestellt bleiben.

Stintzing (München).

---

463. **L. Brieger, Zur Casuistik der Perichondritis laryngea.** (Zeitschrift f. kl. Med. II. 1. S. 217.)

B. theilt einen Fall von Perichondritis laryngea bei einem 17-j. Tischlerlehrling mit, welcher ohne dass es zur Tracheotomie gekommen war, einen günstigen Verlauf nahm. Durch einen Fall mit dem Vorderhals auf eine Radspeiche hatte Pat. sich eine Längsfractur der L. Schildknorpelplatte zugezogen, welche jedoch erst nach Verschwinden einer die vorderen und linken seitlichen Partien des Halses einnehmenden bretthrarten Infiltration diagnosticirt werden konnte.

Durch Incision einer über der L. Schildknorpelplatte prominirenden fluctuirenden Geschwulst, aus welcher eine ziemliche Menge eines etwas übelriechenden Eiters entleert wurde, konnte die vorwiegend inspiratorische Dyspnoe des Kranken gelindert werden, ebenso wurden durch wiederholte Scarificationen, praller ödematöser, von der Basis der Epiglottis ausgehenden, den Laryngseingang fast überdeckender und stenosirender Wülste, häufig bedrohliche suffocatorische Zufälle beseitigt, wobei sich anfangs eitrig stinkende Massen, später seröse Flüssigkeit entleerte. Diese Wülste, welche gleichfalls von perichondritischen Processen an der Innenfläche des Kehlkopfs ausgingen, standen wohl mit dem perichondritischen Abscess an der Aussenfläche der Schildknorpelplatte in offener Communication. Die wiederholte paroxysmenweise Entleerung eitriger Wasser aus dem Munde machten es wahrscheinlich, dass in der Tiefe ein Eiterherd bestand, dessen Inhalt sich nach Innen und Aussen entleeren konnte, wodurch die übelriechende Beschaffenheit des aus dem Abscess entleerten Eiters erklärt werden konnte.

Während der Reconvalescenz eines intercurrent hinzugetretenen Typhus, welcher ohne Complicationen verlief, und von dem Pat. sich rasch erholte, ging die Infiltration am Hals schnell zurück und war auch der R. seitige Wulst an der Basis der Epiglottis bis auf ein Minimum verschwunden. Auch die übrigen subjectiven Beschwerden waren beseitigt, nur die Sprache war bei der Entlassung noch rauh und klanglos, soll jedoch später ihren früheren Klang wieder erhalten haben.

Die Dislocation der an einander verschieblichen Fracturenden und die dadurch bedingte Deviation der L. Seite des Kehlkopfs konnte nicht ausgeglichen werden.

Hindenlang (Freiburg).

---

464. **Dr. Josef Sprengler, Zur Behandlung der Pleuraexsudate mit Punktion und Aspiration.** Nach Beobachtungen aus der II. med. Klinik. (Annal. der städt. allgem. Krankenh. zu München. 1881. S. 626.)

Die Arbeit enthält eine genaue Beschreibung des auf v. Ziemssen's Klinik üblichen Verfahrens bei Punktion und Aspiration von Pleuraexsudaten. Verf. führt mit Krankengeschichten 18 Fälle aus der genannten Klinik auf, in welchen 37 Punktionen zur Ausführung kamen, 3mal zum Zweck der Beschleunigung der Resorption, 11mal wegen Stabilität des Exsudates, 4mal aus Vitalindikation. Absoluter Erfolg (vollständige Resorption und Wiederausdehnung der Lunge) wurde erzielt bei 7, relativer Erfolg bei 8, kurzdauernde Erleichterung bei 3 Patienten. Von 7 serösen Exsudaten kamen 4 schon mittelbar nach einmaliger Punktion zur Resorption, in 1 Falle, in welchem sich post mortem Miliartuberkulose fand, war die Punktion erfolglos. Unter 9 haemorrhagischen Exsudaten erfolgte nur bei 3 nach der Punktion Resorption, aber zögernd. Die Wirkung der Operation ist hier also mehr palliativ. Sie ist aber bei haemorrhag. Exsudat indicirt wegen der grossen, wenngleich vorübergehenden Erleichterung und wegen des günstigen Erfolges, der bei einzelnen schwach haemorrhagischen Exsudaten (wie bei den 3 angeführten) nicht ausgeschlossen werden kann. Auch ein sero-purulentes und ein rein eitriges Exsudat wurden mit vorübergehendem Erfolg der Punktion unterworfen. — Allen Fällen gemein war der reaktionslose Verlauf und ein gewisser Grad von Euphorie. Als mehr weniger konstante Folgen wurden beobachtet: Hebung des Pulses, Abnahme der Athemfrequenz, Zunahme der Diurese nach einigen Tagen, Temperaturabnahme. Das Exsudat bleibt durchschnittlich 1—2 Tage auf gleicher Höhe, steigt manchmal erst ein wenig an, um dann ziemlich regelmässig mehr weniger rasch zu fallen. Die Zeitdauer der Resorption hängt von dem Ernährungszustand des Individuums ab. Diuretica, sowie Kastendampfbäder, die oft vor der Punktion unwirksam waren, beschleunigten die Resorption nach derselben. Die Wiederausdehnung der Lunge hängt vom Charakter der Erkrankung ab.

Zum Schluss bespricht Verf. die Angaben der neueren Autoren über die Operationstechnik und die Auswahl des Instrumentariums. Nach den Erfahrungen auf v. Ziemssen's Klinik wird der Apparat von Potain als äusserst verlässig, insbesondere für eine durchgreifende Desinfektion und luftdichten Abschluss, empfohlen. Von der Unmöglichkeit, den inneren Widerstand mittelst dieses Apparates zu bemessen, wurde kein nachtheiliger Einfluss bemerkt. Die stumpfe Kanüle ist überdies ungefährlicher als die zugeschärfte Hohlnadel. v. Ziemssen hält eine vollständige Entleerung nicht für nöthig, vielmehr eine Aspiration von 1000—1500 ccm für genügend. Was die eitrigen Exsudate anlangt, schliesst sich Verf. der Ansicht Oeri's an, dass durch die Aspiration Erfolge erzielt werden, die man mit den durch Schmitt erreichten vergleichen dürfe. Als geeigneter Zeitpunkt für die Operation wird bei mangelnder Resorption das Ende der 3. oder der Anfang der 4. Woche empfohlen. Stintzing (München).

465. **Prof. Dr. Chvostek, Ueber syphilitsiche Hepatitis, Lebersyphilis.** (Vierteljahrschr. für Derm. und Syphilis 1881, 2 und 3. S. 325.)

Unter den inneren Organen wird die Leber nach dem Gehirn am häufigsten von der Syphilis befallen. C. hat 80 Fälle von Hirn- und 19 von Lebersyphilis beobachtet. Bei der hereditären Syphilis kömmt die Erkrankung der Leber häufiger vor, als bei der acquirirten, bei letzterer gewöhnlich als Tertiäraffection, selten in Verbindung mit secundären Symptomen. Die beobachteten 19 Individuen mit Lebersyphilis waren im Alter von 21—70 Jahren. Die Syphilis äussert sich in der Leber als amyloide Degeneration, als Periphepatitis oder in Form der syphilitischen Hepatitis. Letztere tritt diffus oder circumscript (Gumma, Syphilom) auf: erstere Form findet sich am häufigsten bei mit heriditärer S. behafteten todtgeborenen oder kurze Zeit nach der Geburt verstorbenen Kindern, selten bei Erwachsenen und führt bei längerem Bestande zu einer mehr gleichmässigen Induration mit geringer oberflächlicher Granulirung oder zu einer der gewöhnlichen Lebercirrhose ähnlichen Induration. Die circumscripte Form tritt als Hirsekorn bis wallnussgrosse Knoten gewöhnlich in geringer, selten in grösserer Zahl in der sonst normalen, fettig oder amyloid degenerirten Leber auf; am häufigsten fanden sich diese Knoten an der Oberfläche und in der Umgebung der Leberbänder, bes. des ligam. suspens. Die frischen Syphilome sind auf dem Durchschnitte grauröthlich, grau oder weiss, haben ein markiges Aussehen und eine ziemlich derbe Consistenz; sie ragen nicht selten über die Leberoberfläche hervor, ihr Peritonealüberzug ist entzündet. Wenn sie älter sind, findet man ihr Centrum in gelbliche, grauweisse, zähe und trockene, rundliche oder unregelmässig zackig begrenzte, bisweilen auch verästelte oder netzförmige Massen umgewandelt. In einzelnen Fällen wurde im Centrum Verkalkung, auch einige Male völlige Erweichung beobachtet. Die Leber zeigt häufig neben den Gummata, die mehr oder weniger weit in der Rückbildung vorgeschritten sind, tiefe narbige Einziehungen mit Verdickungen der Leberkapseln, welche zur Bildung der gelappten Leber oder auch zur Abschnürung von Leberparthien führen; dabei kann die Leber bis zur Faustgrösse schrumpfen. In seltenen Fällen findet sich eine partielle acute, gelbe Leberatrophie. Bei Neugeborenen kömmt eine miliare syphilitische Neubildung in Verbindung mit frischer Entzündung des Peritonealüberzuges vor; bei congenitaler Syphilis geht bisweilen die Syphilombildung von dem Bindegewebe, welches die grossen Portaläste und den Pfortaderstamm umgeben, aus, wodurch eine Compression der Pfortader und der Gallengänge entstehen kann.

Die Lebersyphilis wird häufig nur bei der Obduction gefunden, weil sie entweder gar keine, oder nur unbedeutende Symptome während des Lebens erzeugt hatte. Bei der congenitalen Form ist die Leber vergrössert, hart, mit glatter Oberfläche; bei der acquirirten häufig auch vergrössert, aber an der Oberfläche höckerig anzufühlen; der Rand derselben ist stumpf, mit Höckern und Furchen versehen; auch wenn die Leber verkleinert ist, fühlt man die Lappung derselben unter dem Rippenbogen und zuweilen auch knollige Tumoren. Die Leber-

syphilis verursacht Schmerzen, welche bald örtlich beschränkt sind, bald sich über das ganze Organ verbreiten, zumeist nur dumpf und drückend, zuweilen auch sehr intensiv, aber nicht gegen die Schulter oder andere Theile des Körpers ausstrahlend. Die heftigsten Schmerzen finden sich bei Perihepatitis. Durch die Compression der Pfortader und ihrer Zweige kömmt es zum Ascites, bisweilen zur Milzschwellung, zu Magen- und Darmblutung, sowie zur Bildung eines Collateralblutlaufes. Bei den 19 Fällen von C. fehlte der Ascites 7mal, zweimal war er unabhängig von der Lebererkrankung (Morbus Brightii und Stauung des Blutes im Hohlvenensysteme), 3 mal war er bedingt zum Theil durch Compression der Pfortaderäste, zum Theil war er Theilerscheinung eines allgemeinen Hydrops (Morbus Brightii und Hydraemia), 4mal durch Compression der Pfortaderäste in der Leber und 3mal ausserdem durch eine solche des Stammes der Pfortader und ihrer Hauptäste in der porta hepatis. In 5 Fällen wurde die Paracentese des Abdomens ein oder mehrere Male erforderlich.

Die Milzschwellung fehlte 5mal, 5mal war sie nur durch die Syphilis an und für sich bedingt, 5mal durch Syphilis und durch Stauung des Blutes der Pfortader in Folge der Lebererkrankung, 3mal durch letztere Stauung allein, einmal durch Stauung in Folge von Pneumonie und Pericarditis. In einem Falle war die Milz von zahlreichen Syphilomen durchsetzt. Der Collateralblutlauf war unter den 19 Fällen nur einmal gut entwickelt, sonst nur 3mal etwas angedeutet. Icterus findet sich bei der Lebersyphilis nur sehr selten, er fehlte in den 19 Fällen 10mal gänzlich, nur 2mal war er ziemlich stark, sonst nur spurweise. Die meisten Kranken haben bei der Lebersyphilis eine erdfahle Hautfarbe, sonst ist auch Broncefärbung der Haut oder ein blassbräunliches Colorit beobachtet worden.

Störungen der Magen- und Darmfunktion stellen sich häufig ein, nicht selten gesellen sich dazu parenchymatöse oder amyloide Degeneration der Nieren. Der Verlauf der Lebersyphilis ist sehr chronisch, oft über viele Jahre hinaus, nur bei der hereditären Form führt dieselbe bald zum Tode. Bei den 19 Fällen von C. war die Dauer der Lebererkrankung unbekannt 9mal, sonst betrug dieselbe $4\frac{1}{2}$ Monate bis $1\frac{1}{2}$ Jahre. Zweimal trat Genesung ein, 1mal Besserung, 16mal der Tod.

Die Therapie ist dieselbe wie bei der tertiären Syphilis, zuerst Jodpräparate, dann erst später Quecksilber, sonst symptomatische Behandlung. In einem Falle von C. führte nach 11maliger in kurzen Pausen vorgenommener Punction des Abdomens, ebenso in einem andern Falle nach zweimaliger Punction im Intervalle von 16 Tagen die antisyphilitische Behandlung Heilung hervor.

Von den 19 Fällen hat C. 4 bereits früher publicirt, drei Beobachtungen berichtet er ganz kurz, die 12 andern theilt er ausführlich mit.

Doutrelepont.

466. **P. Fürbringer, Untersuchungen über die Herkunft und klinische Bedeutung der sog. Spermakrystalle nebst Bemerkungen über die Componenten des menschlichen Samen und die Prostatorrhoë.** (Zeitschrift für klin. Med. Bd. III, H. 2.)

Verf. stellt sich zunächst die Frage: Welcher Bestandtheil des menschlichen Samenplasmas liefert die Spermakrystalle? Die mikroskopische Untersuchung des Samenblaseninhalts von 13 Männern, die im Alter von 20—65 Jahren zu Grunde gegangen waren, ergab nur in einem Falle einen positiven Befund; ganz anders gestaltete sich das Resultat, als F. den Saft der Vorsteherdrüse bei 43 Leichen untersuchte; zugleich mit dem Prostatasecret suchte Verfasser den Gehalt des Samenblaseninhalts an Spermatozoë und Böttcherschen Krystallen zu bestimmen; an 16 andern Leichen wurden nur die letztgenannten Untersuchungen vorgenommen. Das Resultat war in den wichtigsten Punkten folgendes: In 90% krystallisirten aus dem Prostatasaft die Spermakrystalle meist in bedeutender Zahl aus; in 15% aus dem Samenblaseninhalt, aber hier nur in ganz geringer Menge; wurden sie überhaupt hier constatirt, dann waren sie im Prostatasecret besonders zahlreich. — Der Gehalt der Krystalle im Prostatasaft war völlig von der Zahl der in ihm befindlichen befruchtenden Elemente unabhängig. F. konnte ferner constatiren, dass sowohl aus den geschichteten Prostata-Amyloiden, aus ausgedrücktem Prostataparenchym und dem Hodenparenchym sich bei bestimmten Behandlungsweisen Krystalle erzeugen liessen, dagegen nicht aus dem eigentlichen Hodensecret. — Durch einen zufälligen Befund wurde Verfasser dazu geführt, sich bei diesen Ergebnissen nicht zu beruhigen, vielmehr nun auch die bezüglichen Untersuchungen am lebenden Organismus vorzunehmen. In einem Tropfen zufällig erhaltenen Prostatasafts eines Lebenden nämlich konnte F. nicht einen einzigen Spermakrystall constatiren. Da durch Schreiner nachgewiesen war, dass schon ganz geringe Mengen freier Säuren oder Alkalien die Ausscheidung der Charcot'schen Krystalle unmöglich machen, versuchte F., ob durch Neutralisation das Auskrystallisiren gelang, es war vergeblich. Etwas erfolgreicher war das Resultat, wenn man 1 Tropfen 1% Phosphorsäurelösung zufliessen liess (nach den Schreiner'schen Arbeiten lag die Annahme eines Phosphorsäuremangels nahe); ganz anders war das Ergebniss, als F. auf Schreiners Rath das Ammoniakphosphat benutzte; das noch flüssige Secret war in einen Brei der prachtvollsten Krystalle verwandelt. Um die jetzt natürlich entstehenden Zweifel, ob nicht in der Leiche neben dem Prostatasaft auch ein anderer Spermabestandtheil jene Basis in reichlicher Menge enthielte und nur aus Mangel an der nöthigen Phosphorsäure die Bildung der Krystalle unterbliebe, setzte F. auch dem Hodensecret und dem Samenblaseninhalt das Salz hinzu, die Bildung der Krystalle unterblieb. F. stellt daher den Satz auf: Zur Bildung der im ejaculirten Sperma beobachteten Böttcher'schen Krystalle liefert das Secret der Prostata den (ganzen oder doch fast ausschliesslichen) Basis-Antheil, während die dazu gehörige Phosphorsäure von den andern Componenten des Sperma's abgegeben wird; F. wagt vorläufig

noch nicht zu entscheiden, welcher andere Bestandtheil die Phosphorsäure liefert. Ausser der Krystallbildung hängt aber auch, wie Schreiner bereits constatirte, der Geruch des frischen menschlichen Samens von der Schreiner'schen Basis im Prostatasecret ab; und zwar hält sich der Geruch so lange, als die Basis in gelöster Form da ist, er verschwindet mit der Ueberführung in die phosphorsaure Verbindung.

Dass natürlich der Nachweis der Spermakrystalle — die übrigens ihren Namen in der That nicht mehr verdienen — seine forensische Bedeutung verdienen muss, liegt auf der Hand. — F. betont schliesslich die klin. Bedeutung seiner Entdeckung für die Differentialdiagnose zwischen Prostatorrhoë und chronischer Gonorrhoë; das reichliche Vorhandensein der Böttcher'schen Krystalle, ebenso der Spermageruch beweisen immer das Bestehen der ersteren. (Wegen weiterer interessanter Einzelheiten muss auf die Abhandlung verwiesen werden. Ref.)

Lachmann (Frankfurt a. M.)

---

467. **Paetsch, Zwei Fälle von secundärer Nierenschrumpfung mit urämischer Hemiplegie.** (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. III. H. 1. Kleinere Mittheilungen.)

Die beiden geschilderten Fälle zeigten, was das klinische Bild betrifft, in drei Puncten eine grosse Aehnlichkeit.

1. Beide Male waren die Erscheinungen der Schrumpfung in seltener Vollständigkeit vorhanden; 2. die terminalen, urämischen Erscheinungen waren nahezu identisch; 3. in beiden Fällen schloss sich an dieselben rechtsseitige Hemiplegie. Letztere trat im ersten Fall ca. 22 Stunden, im zweiten ca. 12 Stunden vor dem exitus lethalis ein. Bei der Section zeigte sich im zweiten Falle die pia links auffallend blass, im ersten allgemeines Oedem der pia. Als Ursache für die Hemiplegie, wurde, besonders im Hinblick auf den zweiten Fall, bei bem Mangel jeglichen localen Herdes die seröse Durchtränkung besonders der Hirnganglien als wahrscheinlich angenommen.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

---

468. **Dr. P. Michelson, Bacilla medicamentosa.** (Vierteljahrschr. f. Derm. und Syph. 1881. 1 u. 3. S. 467.)

Bei Behandlung chronischer Urethritiden, sowie von Affectionen der Prostata und entzündlicher, durch Geschwüre des praeputium verursachten Phimosis empfiehlt M. die Anwendung von Bacilla medicamentosa und Cacaobutter mit den passenden Arzneimitteln.

Die Stäbchen sollen 10 Cm. lang und so gearbeitet sein, das je 1 Cm. ihres Volums eine bestimmte Menge des Medicaments enthält (0,01 Argent. nitr., 0,05 Jodoform, 0,06 Borsäure, und 0,05 Tannin u. s. w.). Als Kaliber dieser Stäbchen wird $4^2/_3$ mm = Bougie Nr. 14.

Doutrelepont.

---

469. **Dr. Edmund Dubois, Zur Anwendung des Chrysarobin und der Pyrogallussäure.** (Annal. der städt. allg. Krankenh. in München 1881, S. 704.)

Nach einer Einleitung, welche sich über die Geschichte und Art der Gewinnung und Anwendung, sowie über die Eigenschaften genannter Mittel verbreitet, bespricht Verf. die Wirkungen und die auf Dr. Posselt's Abtheilung im Münchener Krankenhause d. J. gewonnenen Erfahrungen bei Anwendung derselben auf gewisse Hautkrankheiten.

Das Chrysarobin kam als Salbe hauptsächlich bei Psoriasis zur Anwendung nach der von Neumann angegebenen Form: 10,0 Acid. chrysophanic., 40,0 Ungt. simpl., 10,0 Ol. Olivar. Die Salbe wurde, nachdem die Schuppen im warmen Bade durch Abreibung mit Schmierseife oder spirit. saponat. entfernt waren, mit einem Borstenpinsel auf die einzelnen psoriatischen Stellen dünn aufgetragen und verrieben. Kleinere bis 10 Pfennigstückgrosse Plaques glätten sich schon nach 3—4, grössere erst nach 6—10 Einreibungen, während bei den grossen dick mit Schuppen bedeckten und verdickten Stellen an Knie und Ellbogen erst nach 15—30 und mehr Pinselungen ein Erfolg sichtbar wird. In der Haut trat (bei zarter Beschaffenheit früher als bei derber) eine dunkelbraune Färbung und in der Umgebung der Plaques Reizung und Schwellung mit nachfolgender Abblätterung der Epidermis ein. Eine viel raschere Einwirkung auf die Efflorescenzen wurde beobachtet, wenn statt der nach dem Einreiben vorgenommenen Einwickelung mit Flanell oder Leinwand Guttaperchablätter dazu verwendet wurden. Die nachtheiligen Eigenschaften der Salbe bestehen darin, dass bei zu langer und ausgedehnter Anwendung die Dermatitis sich auf grössere Strecken ausbreitet und Jucken, Brennen, Fieber, Schlaflosigkeit verursacht, dass bisweilen Conjunctivitis, Chemosis, ja Geschwüre der Cornea entstehen, und dass die Salbe Haare, Nägel und Wäsche färbt. Trotzdem hat sich aber, wie eine Anzahl angeführter Krankengeschichten beweisen, die Chrysarobinsalbe durch die meist rasch erfolgende Rückbildung der Plaques als vortheilhaftes Mittel in der Behandlung der Psoriasis bewährt. Bei anderen Erkrankungen (Herpes tonsurans, Pityriasis versic. Chloasmata uterina, Epitheliom und Lupus vulgaris) muss das Chrysarobin hinter anderen Mitteln zurückstehen.

Die Pyrogallussäure hat in geringerer Ausdehnung dieselbe braunfärbende Wirkung wie das Chrysarobin, ist aber von der Eigen-

schaft des letzteren, auf grössern Hautstrecken Erythem zu erzeugen, frei; sie ist ein Aetzmittel und kann wegen ihrer beschränkteren lokalen Wirkung auch im Gesicht ohne Nachtheil verwendet werden. Die Anwendung in Salbenform (Acid. pyrogallic. 2,0, Ungt. simpl. oder noch besser Axung. porci 20,0) verdient vor der in wässeriger Lösung, besonders bei Psoriasis, den Vorzug. Zur Aetzwirkung oder gegen ältere infiltrirte Plaques ist eine Salbe von 20% noch wirksamer. Auch ihrer Applikation muss bei Psoriasis eine vollständige Entfernung der Schuppen vorausgehen und eine Einwickelung mit Leinwand oder Flanell nachfolgen. Die Wirkung ist eine langsamere wie die des Chrysarobins. Es bilden sich auf den Plaques fest anhaftende braune Krusten, die später als nach Chrysarobin abfallen. Die Rückbildung der Plaques erfolgt meist in 1—3 Wochen. Die Färbung der Haut verschwindet 1—3 Wochen nach Sistiren der Pinselungen. Die Nebenwirkungen des Chrysarobins (Dermatitis und Allgemeinstörungen) werden bei der Pyrogallussäure nie in so hohem Grade beobachtet. Die Behandlungsdauer ist daher, weil keine Unterbrechungen in der Salbenapplikation nöthig werden, trotz ihrer langsameren Wirkung die gleiche wie bei Chrysarobin. Vergiftungserscheinungen wie sie Neisser bei ausgedehnter Anwendung der Pyrogallussäure (Haemoglobinurie) in einem Falle beschrieben hat, wurden nie beobachtet. Verf. glaubt, dass in Neisser's Fall vielleicht die Bedeckung des ganzen Körpers mit Salbe und Einwickelung in impermeable Stoffe die Haemoglobinurie begünstigt habe. In 12 vom Verf. angeführten Krankengeschichten von Psoriasis bewirkte die Pyrogallussäure durchgehends Heilung.

Die in 30—40 Fällen versuchte Applikation auf breite Condylome zeigte keinen Vorzug vor der lokalen Calomel- und Sublimatbehandlung. Bei Blennorrhoe der Vagina und der männlichen Urethra waren Injektionen von Pyrogallussäurelösung (½—5%, 6—8 Tage nach Beginn 1—3 × täglich) von günstiger Wirkung. Die aetzende und schorfbildende Wirkung der 20% Salbe wurde ferner in einigen Fällen von Naevus und Verrucae therapeuthisch mit Erfolg verwendet, ähnlich in 2 Fällen von Syphilis cutanea vegetans seu papillomiformis, sowie neben antiluetischer Allgemeinkur in 2 Fällen von phagedaenischen Geschwüren an der Stirne. Endlich werden noch Erfolge berichtet in mehreren Fällen von Eczema impetiginosum, Impetigo syphilit., Eczema squamos. und rubrosquamosum. Stintzing (München).

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn,
und
Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 10. December. Nro. 34.

Ueber die diagnostische Bedeutung der Lungenalveolar-Epithelien im Sputum.

Von

Prof. G. Bizzozero

in Turin.

Seitdem Buhl auf gewisse häufig im Sputum vorkommende grosse granulirte (Körnchen und Tröpfchen verschiedener Art enthaltende) Zellen, die er als Lungenepithelien erkannte, aufmerksam gemacht und seine Ansichten über ihre diagnostische Bedeutung ausgesprochen hat, sind über diesen Gegenstand viele Arbeiten erschienen, worin nicht nur der diagnostische Werth, sondern auch die Natur jener Elemente erörtert wurde. Dabei haben mehrere Forscher die Abstammung derselben vom Lungenepithel in Zweifel gezogen und die Möglichkeit hervorgehoben, dass es sich nur um alterirte Elemente vom geschichte-

ten Epithel der Luftwege oder auch aus den Schleimdrüsen handle (Fischl).

Diese Zweifel sind auch bis jetzt nicht gehoben, wie wir aus einigen neulich in Deutschland veröffentlichten Schriften ersehen. Während Guttmann und Smidt[1]) ohne Weiteres annehmen, dass diese Zellen Lungenalveolar-Epithelien darstellen, sprechen Panizza und Senator ganz andere Ansichten aus. Nachdem Panizza[2]), bei Behandlung der Flimmerepithelzellen der Frösche mit Wasser, aus ihnen die wohlbekannten hyalinen Kugeln oder Tröpfchen hat austreten sehen, glaubt er, diese Tröpfchen seien identisch mit den grossen körnigen Zellen des Sputum, welche letzteren demnach als „das normale Product der auf der flimmerepitheltragenden Respirationsschleimhaut aller Säugethiere und Amphibien sich findenden Becherzellen" zu betrachten seien.

Senator[3]) seinerseits (wie es in seinen Bemerkungen zu der der Berliner medicinischen Gesellschaft vorgelegten Arbeit von Guttmann und Smidt heisst) „möchte nicht mit Sicherheit die von G. beschriebenen runden Zellen stets als gequollene Alveolarepithelien ansprechen, weil ganz ähnliche Elemente auch in den tieferen Schichten der Bronchialschleimhaut vorkommen; insbesondere könnten die zwischen und unter den Basalfortsätzen der Flimmerzellen liegenden sogen. Ersatzzellen durch Aufquellen ganz das geschilderte Ansehen gewinnen". Sollten daher die Ansichten von Panizza und Senator Aufnahme finden, so würden die grossen Zellen der Sputa alle Bedeutung für die Diagnose der Lungenkrankheiten verlieren.

Nun sind vor einigen Jahren in Italien zwei Arbeiten erschienen, die in Deutschland unbekannt geblieben sein dürften, und die doch, wie ich glaube, wohl einige Beachtung verdienen, da sie nicht ohne Interesse sind für die Lösung der obigen Frage.

Schon 1878 hatten Bozzolo und Graziadei[4]) die Ergebnisse ihrer diesbezüglichen, sowohl klinischen als experimentell an Thieren angestellten Untersuchungen, veröffentlicht. Sie bestätigten zunächst, dass in der Lungenalveole wirklich zweierlei Abarten von Zellen enthalten sind, nämlich breite plättchenförmige Zellen, zwischen welchen minder breite aber dickere protoplasmatische Zellen eingeschoben erscheinen. Indem sie ferner bei Thieren catarrhalische und croupöse Entzündungen künstlich hervorriefen, sahen sie, dass sich bei diesen krankhaften Processen die lamellösen Zellen, bis auf eine leichte körnige Trübung und Zunahme des spärlichen circumnucleären Protoplasma's, durchaus passiv verhalten, während die dazwischen geschobenen protoplasmatischen Zellen sehr zahlreich werden im Alveolarhohlraume und häufig mehrere Kerne, reichliche Körnchen,

---

1) Guttman und Smidt, Zeitschrift für klin. Med., Bd. III, S. 124—138. 1881.

2) Panizza, Deutsches Arch. für klin. Medicin, Bd. XXVIII, S. 343—391. 1881.

3) Senator, Berliner klin. Wochenschr. 1881. Nr. 25. S. 360.

4) Bozzolo e Graziadei, Arch. per le scienze mediche, Vol. II, p. 357—72. 1878.

Myelinkugeln und Pigment enthalten. Diese protoplasmatischen Zellen stimmen, den genannten Forschern zufolge, mit den beim Menschen sowohl in den entzündeten Lungenalveolen als im Sputum vorkommenden Elementen überein. Was übrigens das letztere Vorkommniss anbetrifft, so schliessen sich zwar B. und G. insofern der Ansicht von Buhl an, als sie die fraglichen Zellen als wirklich dem Alveolarepithel der Lungen angehörend betrachten, legen aber bei Weitem nicht dasselbe diagnostische Gewicht wie er auf das Vorkommen dieser Zellen in den Sputis, da sie ein solches nicht ausschliesslich bei dieser oder jener Lungenerkrankung, sondern bei vielen und verschiedenen Krankheiten, und namentlich auch bei einfachem Bronchialcatarrh angetroffen haben.

Eine andere Arbeit über diesen Gegenstand ist von mir ausgeführt worden, und werden die Resultate derselben in meinem Manuale di microscopia clinica (erschienen im September 1879) veröffentlicht. Ich bestätigte die Angaben von Bozzolo und Graziadei, und konnte mich, was die lamellösen Zellen anlangt, in zahlreichen Fällen von croupöser Pneumonie beim Menschen überzeugen, dass so lange der Process wenig vorgeschritten ist, der Hohlraum der Lungenalveolen völlig durch die grossen körnigen protoplasmatischen Zellen ausgefüllt sein kann, obgleich die Wandungen der Alveolen noch von ihrem lamellösen Epithel ausgekleidet sind und die Zellen des letzteren einkernig bleiben. — Daher kann ich der Ansicht von Friedländer u. A. nicht beitreten, wonach die protoplasmatischen Zellen aus der Schwellung der lamellösen hervorgehen sollen. — Ferner überzeugte ich mich, dass die Körnchenzellen der Sputa wirklich vom Lungenepithel abstammen, indem ich einerseits ihre morphologische Uebereinstimmung mit den Epithelzellen der Lungenalveolen nachwies, andrerseits aber mich versicherte, dass derartige zellige Bestandtheile der Sputa von keinem anderen Orte herrühren können. Denn 1. finden sich, weder unter normalen noch unter krankhaften Bedingungen, in irgend einem geschichteten Flimmer- oder Pflasterepithel (z. B. in dem der Stimmbänder) Elemente, die jenen grossen protoplasmatischen Zellen glichen. Hinsichtlich der Schleimdrüsen der Luftwege ist es zwar richtig, dass dieselben (wie zuerst von Tarchetti[1]) in meinem Laboratorium nachgewiesen wurde) zweierlei Arten von Zellen enthalten, deren eine durch reichlichen Protoplasmagehalt gekennzeichnet ist; aber keine der beiden Zellen-Arten gleicht den vorerwähnten Elementen des Lungenepithels. 2. Wenn es die Schleimdrüsen oder die geschichteten Epithelien wären, denen die besagten grossen protoplasmatischen Zellen ihren Ursprung verdankten, so müssten sich solche auch in anderen Schleimarten, z. B. im Nasen- und im Rachenschleime vorfinden, was eben nicht der Fall ist. Ja, auch bei gleichzeitiger catarrhalischer Erkrankung aller grossen Luftwege fehlen die grossen Körnchenzellen stets im Secrete der vor-

1) Tarchetti, Rendiconti del R. Istituto Lombardo. 1871. — Giorn. dell' Accad. di Med. di Torino, 1873.

deren Abschnitte der Nasenhöhle sowohl, als in dem der Choanen, während sie sich in reichlicher Menge im Laryngealschleime vorfinden.

Diese Einwürfe, die ich damals gegen die Ansichten von Fischl erhob, gelten jetzt ebenso gut gegen die von Panizza und Senator. Denn die grossen Körnchenzellen der Sputa haben weder mit den hyalinen Tröpfchen, welche Panizza bei Behandlung des Epithels mit Wasser hervortreten sah, noch mit den von Senator herangezogenen tiefliegenden Zellen des geschichteten Bronchialepithels (mag letzteres entzündet sein oder nicht) irgend eine Aehnlichkeit: und steht den Ansichten beider letztgenannten Forscher eben die Thatsache entgegen, dass solche Zellen nie im Secret der Nasenschleimhaut, die doch ihrer Structur nach so sehr mit Schleimhautüberzug der Trachea und der Bronchien übereinstimmt, angetroffen werden.

Die Studien von Guttmann und Smidt laufen zum grossen Theile auf eine Bestätigung unserer Ergebnisse hinaus. Gleich uns, erkennen diese Autoren in den grossen Körnchenzellen der Sputa Elemente des Lungenepithels, und weichen ihre Ansichten nur insofern von den unseren ab, als sie mit Friedländer die besagten Zellen durch Aufquellen der lamellösen Epithelzellen der Lungenalveolen entstehen lassen. Die Gründe, wesshalb wir diese Ansicht für unannehmbar halten müssen, habe ich bereits namhaft gemacht. Wenn die erwähnten Autoren mit uns die reichliche Bildung von Körnchenzellen in den Lungenalveolen als einen wirklich entzündlichen Process ansehen wollten, hätten sie sich leichter eine Thatsache erklären können, die ihnen bei der Annahme der Friedländer'schen Theorie schwer erklärlich erscheinen musste: die Thatsache nämlich, dass bei einem kurz vor dem Tode aufgetretenen Oedem der Lungenalveolen die protoplasmatischen Zellen nur in sehr spärlicher Menge in den Alveolarräumen vorgefunden werden. Das erklärt sich nun einfach daraus, dass die Körnchenzellen eben nicht, wie jene Autoren annehmen, durch Aufquellen der lamellösen Epithelzellen in Berührung mit einem wässerigen Secrete enstehen — denn dann müssten sie sich bei Lungenödem rasch entwickeln und anhäufen — sondern vielmehr das Product eines entzündlichen Vorganges darstellen, wie ein solcher bei einfachem und frischem Lungenödem eben nicht vorliegt, und wie er sich nur innerhalb eines gewissen Zeitraumes entwickeln kann.

Was die Häufigkeit des in Rede stehenden Befundes in dem Auswurfe der Luftwege anbetrifft, so habe ich denselben nicht nur bei den meisten Lungenerkrankungen, sondern auch längere Zeit hindurch nach sehr leichten Bronchialcatarrhen, die fast ganz ohne Husten verliefen, angetroffen. Guttmann und Smidt fanden sogar die uns beschäftigenden Zellen ganz gewöhnlich in den Sputis von Personen, die das 30. Lebensjahr überschritten hatten, vor; und stimmt damit eine ältere Beobachtung von Hoefle überein, wonach diese Elemente einen gewöhnlichen Bestandtheil der morgendlichen Sputa ganz gesunder Personen bilden. Diese Thatsache liess sich durch die Annahme erklären, dass in allen solchen Fällen das Alveolarepithel in continuirlicher Desquamation begriffen sei; und gewinnt diese Vermuthung festeren Boden durch eine neulich bekannt gemachte Beobach-

tung von Kölliker[1]), der in den sonst völlig normalen Lungen eines hingerichteten 23-jährigen Verbrechers eine Anzahl von Alveolen mit den in Wucherung begriffenen protoplasmatischen Zellen angefüllt fand.

Gehen wir nun zu der diagnostischen Bedeutung der im Sputum auftretenden Lungenepithelien über. — Buhl schlägt dieselbe sehr hoch an, indem nach seiner Meinung das Vorkommen dieser Zellen im Sputum und ihre fettige oder Myelin-Entartung die Möglichkeit an die Hand geben würde, schon in den frühesten Stadien die reine und ächte, von ihm so genannte desquamative Pneumonie zu diagnosticiren und sie von der croupösen zu unterscheiden, mit welcher die erstgenannte das Fieber, das crepitirende Rasselgeräusch die Dämpfung und den tympanitischen Klang des Percussionsschalles, das unbestimmte und das consonirende (bronchiale) Athmen und den blutigen Auswurf gemein hat. Die Unterscheidung wäre von grossem Belange, da die sogen. desquamative Pneumonie — Alles nach Buhl — das Substrat der acuten Miliartuberculose sowohl als der tuberculösen Pneumonie abgeben würde. — Indessen erhellt aus dem oben Gesagten zur Genüge, dass die Gegenwart der Lungenepithelzellen im Sputum nur überhaupt einen entzündlichen Vorgang in den Lungenalveolen anzeigen kann, ohne irgend über die Natur und Schwere des entzündlichen Processes Auskunft zu verschaffen — da ja diese Zellen ebenso gut bei den schwersten croupösen Pneumonien als auch bei den belanglosen Abschuppungen des Alveolarepithels in Begleitung jener ganz leichten catarrhalischen Zustände, wie sie bei erwachsenen Personen beinahe als physiologisch zu betrachten sind, in den Sputis angetroffen werden.

Der besagte Befund wird demnach nur dann von übler Bedeutung sein, wenn die Zellen in grosser Menge vorhanden, ihre Ausscheidung lange anhält und die Menge des Auswurfs erheblich ist, welche Umstände zusammengenommen einen ausgebreiteten chronischen Catarrh der Lungenalveolen andeuten würden. Allerdings wird auch unter solchen Umständen der Befund minder bedenklich, wenn es sich um ein älteres Subject handelt, da nach den Untersuchungen von Guttmann und Smidt im vorgeschrittenen Alter das Auftreten von Lungenepithelien im Sputum überhaupt viel häufiger vorkommt als in der Jugend. — Allenfalls aber wird unter den angedeuteten erschwerenden Verhältnissen, zumal bei jugendlichen Individuen, dieses Symptom einen chronischen Catarrh der Lungenspitzen schon zu einer Zeit anzeigen, wo Auscultation und Percussion noch keine Anhaltspunkte dafür zu liefern im Stande sind.

---

1) Kölliker, Zur Kenntniss des Baues der Lunge des Menschen. Verhandlungen der phys.-med. Gesellschaft zu Würzburg. Bd. XVI, 1881.

470. **Dr. W. Hager, Ueber acute Miliartuberculose, insbesondere zwei unter dem klinischen Bild einer croupösen Pneumonie verlaufende Fälle derselben.** (Aus der medicin. Abth. des Kölner Bürgerhospitals. Deutsche medic. Wochenschr. No. 40. 1881.)

Abgesehen von den Fällen von Miliartuberculose und Typhus, die typisch verlaufen und für die die differential-diagnostischen Symptome hinlänglich bekannt sind, glaubt Verf., dass es atypische Fälle giebt von Typhus sowohl wie Miliartuberculose, die jeder differentiellen Diagnose spotten. Zur Illustration theilt er zwei dieser Fälle mit.

Der erste Fall betrifft einen kräftigen Zwanziger, der in der 4. Woche eines regelrechten Typhus, als die Morgenremissionen bereits erheblicher zu werden begannen, neue Temperatursteigerung bekam. 3 Tage lang bestand continuirliches Fieber zwischen 40,0—41,5. Chinin blieb wirkungslos. Puls und Athemfrequenz stieg. Es trat auf beiden Lungen Capillarbronchitis auf, später Unten Dämpfung. Neue Roseolaflecke, Delirien, Diarrhöen, schaumiges Sputum ohne Blut. Tod unter Erscheinung des Lungenoedems. Diagnose lautete auf einen „Nachschub“ des typhösen Processes, Pulsfrequenz und Lungenerscheinungen wurden auf Insufficienz des Herzmuskels bezogen.

Die Section ergab einen Typhus in der 4. Woche und eine acute Miliartuberculose der Lungen, der Leber, der Nieren und der Gehirngefässe. In der L. Lungenspitze fand sich ein bohnengrosser käsigkalkiger Herd mit geschrumpfter und pigmentirter Nachbarschaft.

Früher glaubte man, dass Typhus und Lungentuberculose sich ausschlössen, jetzt steht es fest, dass auch bei vorgeschrittener Lungenphthise Typhus acquirirt werden kann. Selbst tuberculöse und typhöse Geschwüre fand L e i c h t e n s t e r n in demselben Darm. Wenn zur Phthise Typhus hinzutritt, so stehen natürlich beide in keinerlei Zusammenhang, dagegen bereitet ein überstandener Typhus den Boden vor, durch Schwächung des Organismus etc., dass jetzt eine erfolgreiche Infection mit dem latenten Gift der Tuberculose möglich ist.

Der II. Fall war ebenfalls eine Miliartuberculose, wo Typhus diagnosticirt war.

In diesem Fall war auf den Lungen eine mässig intensive Bronchitis. Zunge stark belegt, an der Spitze und Rändern roth. Abdomen aufgetrieben, Ileocoecalgurren. Milz gross und p a l p a b e l. D e u t l i c h e R o s e o l a e. P. 96. Resp. 32. Harn eiweissfrei. Täglich 2—3 Diarrhöen, hellgelb, zweischichtig. In der 4. Krankheitswoche: Steigerung der Puls- und Athemfrequenz. Hypostase beider Unterlappen, Albumingehalt des Harnes. Kein Sputum trotz Zunahme der bronchitischen Erscheinungen. D i e T e m p e r a t u r c u r v e i s t g a n z u n d g a r d i e e i n e s T y p h u s. In den letzten Tagen mässige Delirien.

Die Section ergab acute Miliartuberculose der Lungen, Pleura, Leber, Nieren.

Es giebt also Fälle von acuter Miliartuberculose, die mit allen charakteristischen Symptomen des Abdominaltyphus einhergehen. Am häufigsten ist der Fiebertypus conform und Typus inversus ist nicht gewöhnlich, sondern nur ausnahmsweise bei Miliartuberculose vorhanden. Milzschwellung ist bei Miliart. die Regel; doch ist sie kleiner und

wegen ihrer Weichheit gewöhnlich nicht palpabel. Roseola von derselben Form und Anordnung wie bei Typhus soll im referirten Fall bestanden haben. Auch Murschison hat ausnahmsweise Roseola bei Miliart. gefunden. Dass Roseola bei verschiedenen fieberhaften Krankheiten vorkomme, sei eine Thatsache.

Unter den Lungenerkrankungen, die grosse Aehnlichkeit mit der Miliartuberkulose haben, sind zu erwähnen die acute, diffuse, fieberhafte Capillar-Bronchitis alter Leute und die exsudative Pleuritis. Die subfebrile und afebrile Form der Miliart. ist insbesondere oft verwechselt worden mit einfacher diffuser Bronchitis und allgemeinem Marasmus alter Leute, der mit Herzdegeneration und deren Folgen einhergeht. Zwei Fälle werden zum Beleg mitgetheilt.

Bei einem Pat., der das Bild eines hochgradigen Altersmarasmus darbietet, mit anhaltend subnormaler Temperatur, wird ein L.-seitiges pleuritisches Exsudat aus den vorhandenen Symptomen diagnosticirt. Die Section ergiebt allgemeine acute Miliartuberkulose.

Ein anderer 57-jähriger Mann, der wegen „Alterschwäche" auf der Kölner Invalidenstation aufgenommen ist, und ausser einem Cornu cutaneum auf dem Nasenrücken durchaus kein pathologisches Verhalten zeigt, erfreut sich bis zum Abend vor seinem Tode des besten Wohlbefindens und wird morgens todt im Bette gefunden. Section ergab allgemeine acute Miliartuberkulose. In beiden Fällen wurde durch das Mikroskop die anatomische Diagnose bestätigt. Vf. nennt diesen letzten Fall „ambulante Form der Miliart."

Zum Schluss 2 interessante Fälle, in denen eine croupöse Pneumonie diagnosticirt war, und die Section acute allgemeine Miliartuberkulose mit acuter lobulärer desquamativer Pneumonie ergab.

Im I. Fall wurde zuerst eine acute Miliart. diagnosticirt. Es war starke Cyanose vorhanden. Resp. 52, Puls 120, Temp. 39,4. Sensorium benommen. Gesichtshallucinationen. LHO ergiebt die Untersuchung gedämpften Schall mit bronchialem Athmen und spärlichen schwach klingenden Rasselgeräuschen. Ueber beiden Lungen zahlreiche feinere und gröbere Rasselgeräusche. Am 3. Tage treten plötzlich exquisit pneumonische Sputa auf und die physikalische Untersuchung ergiebt im dorsalen Bereich des R. Oberlappens intensive Dämpfung mit lautem Bronchialathmen. Ueber den R. Unterlappen ein Geräusch, das anfangs als weiches Reiben imponirte, später als inspiratorisches feinblasiges Knistern erkannt wurde. Temp. maximum 40,4. Die erste Diagnose wird fallen gelassen und eine croupöse Pneumonie des R. Oberlappens diagnosticirt.

Die Section ergiebt: Eine gänseeigrosse Caverne in der L. Spitze. Allgem. acut. Miliart. Acute desquamative Pneumonie des R. Oberlappens. Lungenoedem.

Die mikroskopische Untersuchung weist nach: in dem Oberlappen eine Füllung sämmtlicher Alveolen mit grossen epithelialen Zellen. Das interstitielle Gewebe verbreitert, mässig zellig infiltrirt. Nirgends in den Alveolen Fibrin und Eiter-Körperchen, in der unteren Partie des Oberlappens zahlreiche rothe Blutzellen.

Im II. Fall wird bei Anwesenheit von blutig tingirten Sputis, absoluter Dämpfung über den R. Oberlappen mit bronchialem Athmen,

Temp. maximum 38,8, Katarrhs der feinsten Bronchien etc. ausser dem letzteren eine croupöse Pneumonie des R. Oberlappens diagnosticirt.

Die Section ergiebt ungefähr dasselbe wie im 1. Fall; ebenso die mikroskopische Untersuchung. Als zufälliger Befund ist zu erwähnen ein durch dicke Schwarten abgekapselter käsiger Herd unter dem L. Zwerchfell.

Bei der Betrachtung beider Fälle kommt Vf. zu dem Resultat, dass die Desquamativ-Pneumonie nicht etwa anzusehen sei als ein weiter gediehener Grad des bei der Miliartuberkulose vorhandenen infiltrirten Oedems, auch nicht durch den localen Reiz des Tuberkels hervorgerufen sei, sondern sie sei vielmehr ein acut entzündlicher Process, direct hervorgerufen, ebenso wie die Miliartuberkel durch das tuberculöse Gift. Nach Buhl könnten auch Typhus, Pyämie, Septikämie, Puerperalfieber, acute Exantheme den Anstoss zu einer Desquamativ-Pneumonie geben. Verf. hebt hier besonders den Scharlach hervor, bei dem sich nach seiner Erfahrung häufig acute Desquamativ-Pneumonieen und besonders des Oberlappens entwickelten.

Die klinische Betrachtung der Fälle lehrt, dass ein Arzt, der ans Krankenbett gerufen wird, wenn sich schon die lobuläre Pneumonie entwickelt hat, leicht die Miliartuberkulose übersehen wird. Ob nun zu entscheiden sei was für eine Pneumonie, ob desquamative oder croupöse, vorliege, so erinnert Verf. an das seltene Vorkommen croupöser Pneumonieen bei Schwindsüchtigen. Die Sputa bieten keinen Anhaltspunkt; denn in beiden Fällen waren Sputa crocea, und was den Befund von Alveolarepithel betrifft, so sei dies schwer von dem Epithel des Rachens und der Bronchien zu unterscheiden.

Dass Knisterrasseln mit dem weichen Reibegeräusch, welches nach Jürgensen sogar pathognomonisch für Miliartuberkulose sei, oft verwechselt wird, hat auch Heitler zugestanden.

Der Nebenbefund des abgekapselten käsigen Herdes lässt sich nicht aus einer Perforationsperitonitis erklären, da die nahen Abdominalorgane intact waren; ob der primäre Process in die L. Lunge zu verlegen sei, lässt Vf. dahingestellt. Als Name schlägt er Empyema subphrenicum vor.

Menche.

---

471. **Petrone Luigi, Sulla nova thoria miasmatica dello scorbuto.** Ueber die neue miasmatische Theorie des Scorbuts. (Annal. univ. di med. e chir. Heft 10.)

Verf. spritzte Blut eines Scorbutkranken drei Kaninchen unter die Rückenhaut ein, und zwar dem ersten eine, dem zweiten zwei, dem dritten drei Pravaz'sche Spritzen voll. Bei allen dreien stellte sich am Tage nach der Injection Fieber mit continuirlich-remittirendem Typhus und Abmagerung ein. Am 3. Tage erschienen bei Kaninchen Nr. 3

kleine hämorrhagische Flecken an den Ohren, am vierten Tage dieselbe Erscheinung bei Nr. 1 und 2. Am 6. resp. 7. Tage nach der Injection wurden die Thiere vermittelst Durchschneidung des Halsmarks getödtet. Die Section ergab bei allen dreien Abmagerung, hämorrhagische Ergüsse in der Dura mater der Basis, den Pleuren, dem Peritoneum, der Milz und der Leber. Die Milz war etwas vergrössert, resistent, ihre Kapsel gespannt. Bei Nr. 1 fand sich auch Anschwellung der Lymphdrüsen des Mesenterimus. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergab bei allen dreien die Gegenwart ovaler, glänzender, sich spontan bewegender Körperchen, welche sich auch in der den Mesenterialdrüsen von Nr. 1 entnommenen Lymphe und in dem Blute des Kranken fanden. Die rothen Blutkörperchen des Letzteren waren nicht geschrumpft, aber scheinbar an Zahl etwas vermindert, während die Zahl der weissen Blutkörperchen vermehrt erschien. Da Prof. Murri bei seinen Injectionsversuchen mit dem Blute Scorbutischer an Kaninchen zu denselben Resultaten gekommen ist, zweifelt P. nicht an der Uebertragbarkeit des Scorbuts, und glaubt, dass die erwähnten glänzenden Körperchen die Träger des specifischen Giftes sind. Freilich seien zur Bestätigung dieser Ansicht noch weitere Experimente, besonders Cultivirungsversuche mit diesen Körperchen nöthig.

Brockhaus (Godesberg.)

---

472. **Prof. C. Westphal, Gelenkerkrankungen bei Tabes.** Krankenvorstellung in der Berliner med. Gesellsch. (Berlin. klin. Wochenschr. 1881, Nr. 29.)

W. bespricht die zuerst von Charcot beschriebenen Arthropathien bei Tabes. Bei einem Tabeskranken entstehe eines Tages Anschwellung eines Gelenkes ohne entzündliche Erscheinungen und ohne Störung des Allgemeinbefindens, daran schliesse sich eine Schwellung der betreffenden Extremitäten von prall-oedematöser Beschaffenheit. In dem Gelenke könne man bald knochenharte rundliche Körper und Krachen bei Bewegungen wahrnehmen. Nach Abnahme der Schwellungen bleibe eine erhebliche Deformität und abnorme Beweglichkeit des Gelenkes zurück. Befallen werden fast ausnahmslos die grösseren, meist die Knie-Gelenke. An ein bestimmtes Stadium der Krankheit scheinen die Gelenkaffektionen nicht gebunden zu sein, können jedoch schon in den frühesten Stadien vorkommen, wie ein angeführter Fall zeigt. In diesem war Hydarthros am Knie aufgetreten nach den ersten Prodromalerscheinungen (Kältegefühl in den Füssen, Abnahme der Hautempfindung), und erst später entwickelte sich im Laufe von Jahren das ausgesprochene Bild der Tabes, während die Gelenkaffektion sich auf beide Kniee erstreckte.

Meist verläuft die Arthropathie ohne Schmerz und ohne Haut-

röthung. Doch kommen Ausnahmen vor wie die folgende. Bei einem 52jähr. Pat. mit ausgebildeter Tabes entstanden, nachdem anfangs schmerzlose Anschwellung des Ellenbogengelenks und verschiedener Phalangealgelenke beobachtet worden, später wiederholt schmerzhafte Anschwellungen der Handgelenke mit Röthung. Bemerkenswerth war bei diesem Fall, dass die kleineren Gelenke befallen waren, was W. sonst nie beobachtete. — Das Allgemeinbefinden wird nur ausnahmsweise beeinträchtigt. Verf. ist nicht geneigt, gastralgische Anfälle, wie Buzzard will, mit den Gelenkaffektionen in Zusammenhang zu bringen, da dieselben überhaupt keine ungewöhnlichen Erscheinungen bei Tabes seien, und gerade in seinen Fällen von Arthropathien fehlten. — Dagegen sei die bei Tabes öfters beobachtete Neigung zu spontanen Frakturen auf die gleiche Ursache wie die Gelenkerkrankungen zurückzuführen. So wurde ein Fall beobachtet, in welchem unter lebhaften ataktischen Bewegungen die Diaphyse des R. Oberschenkels brach, ein anderer, in welchem nach Rückbildung einer prallödematösen Anschwellung am R. Oberschenkel und Hüftgelenk, Luxation des letzteren, Fehlen des Gelenkkopfes und eine unregelmässige Callusmasse zurückblieben und eine Fraktur wahrscheinlich machten.

Anatomisch findet man gewöhnlich Verdickung der Gelenkkapsel, Zerstörung oder zottige Wucherungen der Synovialis, Zerstörung der Knorpel mit Usur oder Sklerose der Knochen und hyperostotischen, oft stalaktitenartigen Wucherungen, klare, gelbe, selten eitrige Flüssigkeit in variirender Menge, nicht selten völliges Verschwinden des Gelenkkopfes und eines Theiles des angrenzenden Knochens mit Luxation und Subluxation.

Die Frage, ob die geschilderten Gelenkveränderungen in einer inneren Beziehung zu der grauen Degeneration der Hinterstränge stehen, wird von Charcot und den französischen Autoren auf Grund der Häufigkeit des Zusammentreffens bejaht. Charcot hält die Affektion auch für eine der Tabes eigenthümliche, sonst nicht vorkommende Form, weil Arthropathien bei anderen Erkrankungen (wie Arthritis sicca) sich klinisch und anatomisch anders verhalten sollen. Auf die Frage, unter welchen speziellen Bedingungen die Erkrankung des Centralorganes die Gelenkerkrankung nach sich ziehe, lässt sich noch keine durch Thatsachen zu begründende Antwort geben.

Weiterhin wird die Geschichte eines Kranken (nebst Abbildung) mitgetheilt, bei dem sich in einem vorgerückten Stadium der Tabes eine Knieaffektion erst links, dann rechts entwickelte, Hydarthros und Schwellung der Extremitäten verschwanden, aber es blieb eine so enorme Deformität der Gelenke zurück, dass die Unterschenkel nur bis zu einem stumpfen, bezw. rechten Winkel gebeugt, aber bis zu einer bedeutenden dorsalen Beugung (genu recurvatum) gestreckt und ein wenig abducirt werden können. Beide Kniee haben in Folge von Knochenwucherungen einen abnormen Umfang. Die Bewegungen sind typisch schlendernd, erfolgen unter Krachen, aber ohne Schmerzen.

Zum Schluss fordert W. in seinem Vortrage die Chirurgen auf, den „ihnen unzweifelhaft viel häufiger vorkommenden Fällen solcher

Gelenkerkrankungen mit Rücksicht auf die behauptete Beziehung zur Tabes" grössere Aufmerksamkeit zu schenken, um grösseres Material zur Entscheidung der angeregten Frage beizubringen.

Stintzing (München).

---

473. **Lancereaux, Paralyse syphilitique du nerf trijumeau; Anesthésie de la face. Fonte purulente de l'oeil. Gomme de la duremère et destruction du Ganglion de Gasser.** Syphilitische Paralyse des Trigeminus. Anaesthesie des Gesichts. Vereiterung des Auges. Gumma an der Dura mater und Zerstörung des Ganglion Gasseri. (L'Union méd. Nr. 151.)

Der Fall betrifft eine 47 jährige Frau, die sich in ihrem 22. Lebensjahre eine syphilitische Infection zugezogen hatte, dann aber 23 Jahre hindurch ganz gesund gewesen war. Vor 2 Jahren erkrankte sie an intensiven rechtsseitigen Stirnkopfschmerzen und Verdauungsstörungen, wurde anämisch und magerte ab. Der Gebrauch von Jodkali brachte Besserung, aber nur vorübergehend, da die Kur zu früh unterbrochen wurde. Dann entwickelte sich rechtsseitige Keratitis, Hornhautabscess, Perforation, Vorfall der Iris, Staphylom, mit vollständigem Verlust des Sehvermögens. Gleichzeitig wurde beginnende Anaesthesie der rechten Gesichtshälfte und Taubheit auf dem rechten Ohre constatirt. Wieder brachte Jodkali in Verbindung mit tonisirenden Mitteln vorübergehende Besserung. Im weiteren Verlauf stellten sich die Symptome einer rechtsseitigen Facialisparalyse (Unvermögen, das rechte Auge zu schliessen, Deviation des Mundes nach links) und Schwindel beim Gehen mit der ausgesprochenen Neigung, nach rechts zu fallen, ein, endlich lancinirende Schmerzen in der rechten Hand, Steifigkeit der Finger und Schwäche des rechten Beines. L. stellte die Diagnose auf einen syphilitischen, von den Meningen ausgehenden Tumor an der hintern Fläche des rechten Felsenbeins nahe der Spitze desselben, welcher auf der einen Seite die in den innern Gehörgang eintretenden Nn. facialis und acusticus, auf der andern den zum Gangl. Gasseri hinziehenden Stamm des Trigeminus und ersteres selbst durch Druck zerstört hatte und die rechte Hemisphäre des Kleinhirns comprimirte. Gegen den centralen Sitz des Tumors im Pons oder der Med. oblongata sprach der Umstand, dass nur die Nerven zerstört, die übrigen hier entspringenden intact waren. Dass der Tumor syphilitischen Ursprungs sei, machte die Anamnese, die, wenn auch vorübergehende Besserung nach Jodkaligebrauch, und die aus den Symptomen zu schliessende scharfe Begrenzung der Geschwulst wahrscheinlich. Auch war anzunehmen, dass dieselbe von den Meningen und nicht von dem Felsenbein ausging, weil Exostosen und andere Knochentumoren syphilitischen Ursprungs gewöhnlich am Schädelgewölbe, selten an der Basis ent-

stehen. Der Zustand der Kranken blieb in 1880 stationär, im Januar 1881 ging sie ziemlich rasch comatös zu Grunde. Die Autopsie bestätigte in jedem Punkte die Diagnose: Der rechte N. trigem., facial. und acust. in die von der Dura mater ausgehende, aus Bindegewebszellen mit eingestreuten Häufchen von Fettzellen bestehende Geschwulst eingebettet und atrophisch; das Ganglion Gasseri in einen schmalen, glatten Strang verwandelt.

Brockhaus (Godesberg).

---

474. **Krieg** (Stuttgart), **Bericht über 18 Exstirpationen von Kehlkopfpolypen.** (Med. Correspondenzbl. d. Würtemb. ärztl. Vereins. Nr. 33. 1881.)

In einem im ärztlichen Verein in Stuttgart gehaltenen Vortrag erstattet K. Bericht über die von ihm seit 1876 ausgeführten Exstirpationen von Kehlkopfpolypen. Der Natur nach betrafen diese Neubildungen 9 Fälle von Papillomen, 5 Fibrome, 2 Schleimhautpolypen, 2 mal papillare Wucherungen, welche auf verschiedene Operationsweise, mit günstigem Erfolg entfernt wurden. In einigen Fällen bediente sich K. auch der Schwammsonde, über deren Brauchbarkeit bei allen weichen und schmalgestielten Neubildungen sich derselbe günstig ausspricht.

Hindenlang (Freiburg).

---

475. **Strauss, Note sur la dégénérescence amyloide du rein sans albuminurie.** Ueber amyloide Degeneration der Niere ohne Albuminurie. (L'Union médicale 1881. Nr. 146, 149 und 152.)

Die Symptomatologie der amyloiden Nierenentartung ist eine sehr veränderliche; bald fehlt das Oedem, bald ist es auf gewisse Körpertheile beschränkt und wenig ausgesprochen, bald verbreitet und intensiv; der Urin ist in dem einen Falle reichlich, klar, arm an Salzen und Harnstoff, von geringem specifischen Gewicht, in dem andern spärlich, dunkel, reich an Sedimenten, von hohem specifischen Gewicht. In letzterer Beziehung ist nach S. von Einfluss das Fehlen oder das Vorhandensein von Diarrhoeen, welche ihrerseits wieder davon abhängen, ob die Schleimhaut des Darmes mit in den Entartungsprocess hineingezogen ist, oder nicht. Ueber das Auftreten von Eiweiss im Harn bei Nierenamyloid sind die Ansichten verschieden. Während Bartels u. A. behaupten, dass die amyloide Degeneration der Nieren stets Al-

buminurie erzeuge, und dass das Auftreten von Eiweiss im Harn beim Fehlen von Cylindern characteristisch für diese Nierenaffection sei, sind Andere der Ansicht, dass Albuminurie nur dann gefunden werde, wenn gleichzeitig chronische parenchymatöse oder interstitielle Nephritis bestehe. S. bespricht die von Litten zusammengestellten 4 Fälle von Nierenamyloid ohne Albuminurie und fügt einen weiteren aus seiner Beobachtung hinzu. Derselbe betrifft eine 39 j., aus tuberculöser Familie stammende Frau, die ursprünglich an rechtsseitiger Pleuritis mit starkem serösen Erguss erkrankt war. Letzterer hatte sich nach mehrfachen Entleerungen durch die Punction immer wieder eingestellt und schliesslich eitrige Beschaffenheit angenommen. Im weiteren Verlauf entwickelten sich tuberculöse Infiltrationen der rechten Lunge mit Cavernenbildung, später ein rechtsseitiger Pyopneumothorax und Thrombose der rechten Art. tibialis postica. Der Tod erfolgte nach ca. $1^1/_3$ jähriger Krankheitsdauer. Die Untersuchungen des Urins auf Eiweiss, die in der letzten Zeit vor dem Tode fast täglich gemacht wurden, hatten stets ein negatives Resultat. Die Autopsie ergab, abgesehen von den Veränderungen in den Lungen, mikroskopisch nachweisbare amyloide Degeneration der Milz, Leber, Darmschleimhaut und einiger kleinen Arterien des Herzmuskels. An der Niere trat die charakteristische Färbung auf Jodzusatz mikroskopisch sichtbar nur an einzelnen Stellen der Grenzschicht zwischen Mark- und Rindensubstanz auf. Dagegen ergab die mikroskopische Untersuchung an mit Methylanilin gefärbten Schnitten, dass in der Corticalis ein grosser Theil der Malpighi'schen Knäuel amyloid degenerirt war, kein einziger aber in seiner Totalität, sondern immer nur einzelne Gefässschlingen. Mehrere Art. afferentes und verschiedene kleinere, die Harnkanälchen umspinnenden Arterien zeigten ebenfalls Amyloidreaction. In der Marksubstanz waren die Gefässe der Grenzschicht besonders stark entartet. Zeichen von chronischer parenchymatöser oder interstitieller Nephritis fehlten. Mit Rücksicht auf die neueren Arbeiten von Cornil, Posner, Ribbert und Nussbaum, nach welchen die Glomeruli als Abscheidungsorte des Eiweisses anzusehen sind, erklärt S. das Fehlen der Albuminurie in seinem und in den 3 Fällen von Litten in der Weise, dass die Entartung der Glomeruli nicht hochgradig genug gewesen sei, um die nach Runeberg's Theorie zur Eiweisausscheidung in den Nieren nöthigen Bedingungen, nämlich Herabsetzung des Blutdrucks und Verlangsamung des Blutstroms, herbeizuführen. Der vierte Fall von Litten, in dem die ergriffenen Glomeruli sich total degenerirt, die andern dagegen vollständig intact zeigten, widerspricht dieser Erklärungsweise nicht, da erstere, wie L. durch Injectionsversuche nachwies, überhaupt für den Blutstrom undurchgängig geworden waren.

S. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. In gewissen Fällen von amyloider Degeneration der Nieren kann die Albuminurie vollständig und bis zum Tode fehlen.

2. Das Fehlen der Albuminurie hängt theils ab von dem Fehlen einer tieferen (interstitiellen oder parenchymatösen) Erkrankung der Nieren, theils von der speciellen Localisation der amyloiden Entartung, welche in diesen Fällen mehr die Vasa recta der Marksubstanz, als die Gefässe der Glomeruli ergriffen hat.

3. Wenn man bei einem Phthisiker, einem alten syphilitischen oder an langwieriger Knocheneiterung leidenden Individuum Vergrösserung der Milz und Leber ohne Albuminurie constatirt, darf man aus diesem Grunde die Idee einer amyloiden Entartung dieser Organe nicht zurückweisen; man kann selbst nicht die Degeneration der Nieren absolut leugnen.

4. Diejenigen, welche den Beginn der amyloiden Entartung im Körper vom Eintreten der Albuminurie an datiren, begehen einen doppelten Fehler, 1) weil die amyloide Degeneration häufiger zuerst die Milz und Leber, als die Nieren ergreift, und 2) weil sich in den Nieren amyloide Entartung eingestellt haben kann, ohne dass Eiweiss im Urin auftritt.

Brockhaus (Godesberg).

---

476. **H. Mabille, Note sur les rapports de l'aliénation mentale et de la fièvre intermittente.** Ueber den Zusammenhang zwischen Geistesstörung und Intermittens. (Annales médico-psychologiques. Série 6. Tome VI. No. 2. 1881.)

In dem ersten der beiden vom Verf. beobachteten Fälle trat die Psychose (Hallucinationen, Verwirrtheit mit Ideenflucht, Gereiztheit gegen die Umgebung) zu einer seit 8 Tagen bestehenden, nach quotidianem Typus verlaufenden Intermittens hinzu und überdauerte letztere, welche erfolgreich durch Chinin bekämpft wurde, noch um einige Tage. Im 2. Falle, in welchem eine Geisteskranke mehrere Anfälle von Intermittens mit quotidianem Typus überstand, trat jedesmal einen Tag vor dem Eintritt eines Anfalles heftige Aufregung ein und hielt auch noch zwei Tage nach dem Verschwinden des Anfalles an, während die Kranke in den 8—10 Tagen dauernden Zwischenzeiten ruhig war.

Verf. nimmt an, dass die Entstehung von Geistesstörung und die Modificirung des Verlaufes einer schon vorhandenen Psychose in Folge von Intermittens nicht durch Hirnanämie, sondern durch Intoxikation mit Sumpfmiasma zu erklären sei.

Peretti (Andernach).

---

477. **H. Frölich, Einiges aus dem Gebiete der Hautcultur und des Wäschewechsels in Krankenhäusern.** (Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 1881. 225 ff.)

Der Verf. gibt sehr beherzigenswerthe Winke über die Pflege der Haut und über Reinlichkeit in Krankenhäusern. Im besondern

macht er auf die Nachlässigkeit aufmerksam, mit welcher vielfach die gewechselte Wäsche beseitigt wird, und betont die Gefahr der Luftverunreinigung und Ansteckung. Es ist erforderlich, auf kürzestem Wege die gebrauchten Wäsche- und Verbandstücke der Desinfection und Reinigung zuzuführen. Der Verf. schlägt vor, Schächte an das Krankenhaus anzubauen, die von den Krankenzimmern aus senkrecht ins Freie hinabführen. Auf der Schlachtsohle müsse sich ein bewegliches Fass befinden, das mit Desinfectionsflüssigkeit gefüllt ist.

Wolffberg.

---

478. **Dr. Georg Guttmann, Erläuterungen zu Dechio's: „Ueber die Wirkungen des Pilokarpin bei Diphtheritis".** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1881. No. 46.)

Anschliessend an die von Dechio (St. Petersb. medic. Wochenschr. No. 19, 20 u. 21) veröffentlichten minder günstigen Resultate der Behandlung der Diphtheritis mit Pilokarpin, betont H. die Unerlässlichkeit der genauen Befolgung seiner Vorschriften. Der Erfolg seiner Behandlungsmethode ist von vielen Seiten bestätigt worden; derselbe ist nur dann zu erwarten, wenn man sich strenge an die in den folgenden Schlussfolgerungen ausgesprochenen Vorschriften hält.

Pilokarpin innerlich in Dosen von 0,0012—0,0025 gr regelmässig und ununterbrochen einstündlich Tag und Nacht gereicht, — grössere Dosen sind wegen der unvermeidlich damit verbundenen üblen Nebenwirkungen irrationell, längere Zwischenpausen machen den Erfolg illusorisch, — bringt die ihm eigenthümliche, specifische Wirkung auf die Speichel- und Schleimdrüsen der Mund- und Rachenhöhle, eine vermehrte Flüssigkeitsabsonderung, hervor.

Durch diese werden die specifischen Erscheinungen der Rachendiphtherie, die diphtheritischen Beläge und Infiltrate der Rachenhöhle entfernt, und bei frühzeitiger, tagelang bis zur völligen Reinigung der Rachenhöhle fortgesetzte Anwendung auch die Rachenbräune selbst stets sicher geheilt; es bewährt sich demnach Pilokarpin als ein specifisches Heilmittel gegen diese Krankheit, nur müssen dabei stets, zur Verhütung der schädlichen Nebenwirkungen, in ebenso kurzen Zwischenräumen entsprechende Mengen feurigen Weines oder Cognak verabfolgt werden.

Nur thatsächlich begründete Einwände, dass tagelange Versuche, genau nach dieser Vorschrift an einer grösseren Anzahl von Fällen, mit einem wirksamen Pilokarpin-Präparat gemacht, keinen Speichelfluss und keine Abnahme der Beläge erzielt hätten, sind allein der Beachtung und einer ev. Besprechung werth.

Auch bei Laryngitis diphtheritica werden damit Heilerfolge erzielt, wie mit keinem anderen Mittel, besonders wenn der Pilokarpinlösung Elixire succ. Glycyrrh. zugesetzt, und bei bereits bestehender Larynxstenose, eine subkutane Injektion von 0,01 Pilokarpin vorausge-

schickt wird; bei fehlender Expektorationskraft und Innervationsenergie könnte noch die Tracheotomie die mechanischen Hindernisse des Kehlkopfs überwinden.

Bei septischem Verlauf der Rachendiphtherie endlich wirkt es gleichfalls noch sehr günstig durch die sichere Beseitigung der die septische Intoxikation bedingenden Stoffe aus der Rachenhöhle.

E. Bardenhewer.

---

479. **Cérenville, Note sur l'emploi du lavage de l'estomac dans le traitement du vomissement incoercible et du vomissement des phthisiques.** Ueber die Anwendung der Ausspülung des Magens bei unstillbarem Erbrechen und dem Erbrechen der Phthisiker. (Rev. méd. de la Suisse romande. 1881, Nr. 11.)

C. hat die Ausspülung des Magens verschiedene Male bei unstillbarem Erbrechen ohne nachweisbare Erkrankung des Magens mit gutem Erfolge ausgeführt. Der eine betrifft einen 22jährigen Mann, bei dem sich ein Jahr nach einem heftigen Sturze auf den Kopf Erbrechen mit Schwindelanfällen eingestellt hatte. Es bestand weder Magenkatarh, noch Schmerz in der Magengegend, noch Erweiterung etc. Nachdem die verschiedensten inneren Mittel, Electricität, Hydrotherapie vergebens versucht waren, machte C. Ausspülungen des Magens anfangs mit Wasser, später mit einer Maceration von Quassia. Schon nach 4 Tagen hörten das Erbrechen und die Schwindelanfälle vollständig auf. Gleich gutes Resultat hatte C. mit diesem Verfahren bei einem Mädchen von 20 Jahren, das an einem parametritischen Exsudat und heftigem Erbrechen ohne nachweisbare Magenerkrankung litt, nur mussten die Ausspülungen längere Zeit hindurch fortgesetzt werden. Bei 2 Phthisikern, von denen der eine Morgens, der andere Abends regelmässig unter krampfhaftem Husten vomirte, brachten die Ausspülungen gleichfalls Besserung.

Brockhaus (Godesberg).

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 15. December. Nro. 35.

480. **A. Laveran, De la nature parasitaire des accidents de l'impaludisme.** Ueber die parasitäre Natur der Wechselfieberanfälle. (Comptes rendus T. XCIII. Nr. 17.)

Im Blute Wechselfieberkranker findet Verf. folgende Elemente:

1. Cylindrische an beiden Enden zugespitzte Körper von 0,008—0,009 mm Länge, 0,003 mm Breite, die farblos sind und nur in der Mitte einen aus röthlichen Pigmentkörnern bestehenden dunklen Fleck zeigen. Sie bewegen sich nicht.

2. Sphärische Körper, etwa von der Grösse rother Blutkörperchen mit Pigmentkörnern, die in der Ruhe kreisförmig angeordnet sind, bei Bewegungen der Körper aber ebenfalls lebhaft sich bewegen. Vom Rande der Körper gehen mehrere, den Durchmesser rother Blutzellen oft um das Drei- bis Vierfache an Länge übertreffende,

äusserst feine Fädchen aus, die in der Ruhe nicht sichtbar sind, die aber durch ihre Bewegungen deutlich werden und durch diese den ganzen Körper fortbewegen können. Die Fädchen können sich auch von ihrem Körper trennen und selbstständig zwischen den Blutkörperchen sich fortbewegen.

3. Sphärische oder unregelmässig geformte Elemente von 0,008 bis 0,01 mm Durchmesser, transparent oder leicht granulirt, mit Pigmentkörnchen im Innern. Sie sind unbeweglich, sind jedenfalls die Zeichen der ad 2 beschriebenen Formen. Zum Unterschiede von pigmentirten Leukocyten sind sie kernlos und färben sich sehr schwer mit Carmin.

4. Elemente, ähnlich den ad 2 beschriebenen, aber kleiner oder fast so gross wie diese. Sie kommen isolirt oder zu mehreren zusammen vor, haften oft den rothen oder weissen Blutkörperchen an. Wahrscheinlich sind sie Entwicklungsformen der unter 1 bis 3 beschriebenen Elemente.

Ausserdem fand Verf. noch häufig:

1. Durchlöcherte rothe Blutkörperchen mit Pigmentkörnern im Innern;
2. Pigmenthaltige Leukocyten;
3. Freie verschieden grosse Pigmentkörner, die wahrscheinlich den zerstörten parasitären Elementen entstammen.

Die beschriebenen Gebilde fand Verfasser in 192 Fällen von Wechselfieber 148 mal, dagegen nicht bei anderen Krankheiten. In der Mehrzahl der Fälle, wo die Untersuchung ohne Resultat blieb, hatten die Kranken eine Cur mit Chinin. sulf. durchgemacht. Uebrigens trifft man jene Gebilde im Allgemeinen nur zu besonderen Zeiten an; vornehmlich kurze Zeit vor einem Fieberanfall und im Beginn eines solchen.

Lüderitz (Jena).

---

481. **De St. Germain. De l'obésité.** Ueber die Fettsucht. (Gaz. des hôpitaux, 1881, Nr. 138.)

Die Fettsucht ist eine Krankheit des Fettzellgewebes; durch ihren Einfluss auf benachbarte Gewebe und wichtige Organe führt sie manchmal zu lebensgefährlichen Beschwerden. Die Krankheit kann angeboren sein (5—6 kg schwere Neugeborene); in anderen Fällen ist sie erblich (bei 22 von 38), ähnlich wie bei bestimmten Thierracen. Die Frauen sind häufiger der Fettsucht unterworfen als die Männer, wegen des geringeren Maasses körperlicher Anstrengung; denn Unthätigkeit und Alkoholismus sind mächtige Beförderer der Fettsucht; desshalb werden die meisten Prostituirten fett.

Die Krankheit tritt meist ein zwischen dem 25. und 30. Jahre und in der sogen. kritischen Zeit. Die acquirirte Fettsucht ist leichter

zu heilen als die angeborene. Die veranlassenden Ursachen der Krankheit sind zu reiche Nahrung, Alkoholika (bei Unthätigen), langer Schlaf.

Ein Einfluss der Ehe ist nicht konstant; dagegen nahmen Wittwen an Gewicht zu, Wittwer ab. Die Rekonvalescenz von schweren Fiebern, die Menstruation, das Quecksilber befördern das Fettwerden; nicht aber die Kastration (im Gegensatz zu Thieren). Dass fette Menschen schwerfällig, phlegmatisch u. s. w. sind, lässt sich im Allgemeinen nicht behaupten; man kennt in der Geschichte viele Helden mit starkem Embonpoint. Orthopnoe, Angina pectoris, Diabetes sind häufig Folgen der Fettsucht, besonders häufig aber Herzaffektionen. Die erprobtesten unter den vielen im Laufe der Zeit gegen die Krankheit angewendeten Mittel sind körperliche Anstrengung und passende Diät; die letztern ohne die erstern würden den Körper schwächen. An dem Beispiel eines bekannten Arztes weist de St. H. nach, wie die Behandlung, soll sie Erfolg haben, beschaffen sein und durchgeführt werden muss.

E. Bardenhewer.

---

482. **Peter Eade**, M. D., F. R. C. P., **Case of Scorbutic Spinal Haemorrhagie.** (Brit. Med. Journ. 19. Nov. 1881.)

Patientin ist hochgradig scrophulös und hereditär phthisisch beanlagt und hat, wie Verfasser glaubt, in Folge von ungenügender, unzweckmässiger Nahrung an Petechien gelitten. Es traten plötzlich sehr schmerzhafte spasmodische Zuckungen in beiden Beinen auf, die so heftig waren, dass eine Wärterin beide Beine gewaltsam niederhalten musste. Temp. 100 ° F. Links unten chronische Pleuropneumonie, kein Schmerz längs der Wirbelsäule, Sensibilität an den Beinen nicht afficirt. Urin eiweissfrei. Verfasser gab in der Idee, dass es sich um eine Haemorrhagie in die Membranen des unteren Rückenmarkabschnittes handele, die auf scorbutischer Blutbeschaffenheit beruhe, Citronensaft und kleine Mengen von Belladonna und Opium. Nach 5 Tagen bedeutende Besserung, konnte nach 7 Wochen gehen.

Ludwig (London).

---

483. **Dr. Oebeke** (Endenich bei Bonn), **Zur lokalen Gehirnerkrankung.** (Berlin. Klin. Wochenschr. 1881. No. 32.)

Eine 52jähr. von Jugend auf nervöse, aber hereditär nicht belastete Dame, die schon seit langer Zeit an einer Hyperaesthesie gegen Licht gelitten, bekam einen apoplektiformen Anfall mit nachfol-

gender dauernder Parese der r. Hand, Sprachstörung, Trübung des Bewusstseins (psychischer Reizbarkeit), akut einsetzende geistige Verworrenheit mit Hallucinationen. Diese Symptome machten eine Erkrankung im sog. motorischen Bezirk der Rinde der l. Grosshirn-Hemisphäre wahrscheinlich, und zwar musste, da Sprachstörung und Parese zurückgingen, die Laesion nur oberflächlich sein und in die Gegend der 3. Frontal- und Inselwindung (Sprachcentrum) und des mittleren Drittels der vorderen Centralwindung (obere Extremität) verlegt werden. — Bei der Sektion (Prof. Köster) fand sich in der weissen Substanz des r. Kleinhirns eine linsengrosse Erweichung, im linken Mandelkern eine kaum linsengrosse apoplektische Höhle, in der weissen Substanz des r. Hinterhauptlappens eine verwaschene gelbe Erweichung.

Da bei dem Mangel jeglicher anderen die Innervationsstörung erklärenden Laesion nur die Affektion des l. Mandelkerns als Ursache der Parese der r. Hand angesprochen werden kann. scheint es, dass der motorische Bezirk für die obere Extremiiät nicht nur auf das mittlere Drittel der vorderen Centralwindung, obere Hälfte der hinteren Centralwindung und ev. das Paracentralläppchen beschränkt zu sein braucht, sondern auch auf den benachbarten Mandelkern ausgedehnt sein kann. Dass überhaupt der Verlauf der motorischen Bahnen im Gehirn noch nicht erschöpfend festgestellt ist, beweist ein Fall von Honeger, in welchem trotz ausgedehnter Zerstörung der capsula int. bei Lebzeiten keine Hemiplegie, überhaupt keinerlei Gehirn-Symptome bestanden hatten. Ob die Erweichung im Mark des Occippitallappens mit der allgemeinen Trübung des Sehfeldes und der Empfindlichkeit gegen Licht in Zusammenhang steht, lässt Verf. dahingestellt. Der anatomische Befund im Kleinhirn hatte im Leben keine Symptome hervorgerufen.

Stintzing (München).

---

484. **James Russel**, M. D., F. R. C. P., **Tumor of both Frontal Lobes.** (British Medical Journal 12. Nov. 1881.)

Verf. sah Pat. nur einmal, desshalb ist die Untersuchung nicht umfassend ausgefallen. Die Hauptsymptome waren: grosse Schläfrigkeit und geistige Indifferenz, Stauungspapille beiderseits, Jäger 16. wird grade noch gelesen. Keine Lähmungen irgendwelcher Art. Sensibilität wurde nicht geprüft.

Vor dem Tod, der 6 Wochen später eintrat, Parese des linken dritten Hirnnerven. Section ergab: Einen Tumor von der Grösse einer kleinen Orange im vorderen Theil des rechten Stirnlappens, ein viel kleinerer Tumor in dem correspondirenden Theil des linken Stirnlappens, ein ebenso grosser im rechten Occipitallappen. Gehirn sonst normal.

Ludwig (London).

---

485. **Gottstein** und **Kaiser** (Breslau), **Ueber die Gehörsverminderung bei Schlossern und Schmieden.** (Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1881. Nr. 18.)

Die Verfasser untersuchten 75 Schlosser und Schmiede, die alle in einer Werkstätte beschäftigt waren und ihr Handwerk von früher Jugend an und seit vielen Jahren in grösseren Fabriken betrieben hatten. Es wurden die Hörschärfe jedes Ohres sowie die Knochenleitung mittels der Uhr und des Akumeters geprüft. Zum Vergleiche untersuchten die Verf. 36 Maurer von verschiedenen Lebensaltern. Während von den letzteren nur zwei recht gut hörten, hörte von den Schlossern und Schmieden nur ein Drittheil „ausreichend gut", d. h. sie nahmen Flüsterstimme noch auf Entfernung von 3 Metern wahr. Bei Allen war die Gehörsverminderung ganz allmählich eingetreten und im Laufe der Zeit beträchtlicher geworden. (Arbeiter, die von Jugend auf gehörleidend waren, wurden von der Untersuchung ausgeschlossen.) Nur bei der Hälfte der Schlosser und Schmiede war die Knochenleitung normal. 24% der Untersuchten litten an Ohrensausen von intermittirendem Charakter, ohne gerade hievon belästigt zu werden. Bei der Mehrzahl derer, die schlechter hörten, fanden sich Veränderungen am Trommelfell vor; dasselbe war mehr oder minder eingezogen, sehnig getrübt, ohne Lichtreflex u. s. w. — Die Verf. leiten die Gehörsverminderung von dem Geräusche der Arbeit ab und vermuthen eine Affection des Hörnerven in Folge von Ueberreizung durch Schall und Erschütterung.

Wolffberg.

---

486. **Dr. B. Fränkel, Ein Fall von Worttaubheit.** Vortrag in der Gesellsch. der Charité-Aerzte. (Berl. Klin. Wochenschr. 1881, No. 35.)

Ein 59jähr. Schneider wurde plötzlich unfähig, ein Wort auszusprechen oder zu schreiben und Gesprochenes oder Geschriebenes zu verstehen, ohne sonst eine Lähmung zu zeigen. Dabei erfolgten alle seine Handlungen mit Ueberlegung und Vernunft; nur schien er leichter zu ermüden und schlief lange. Nach einigen Wochen fing er wieder an zu sprechen und später zu schreiben. Zur Zeit ist die Sprache normal. Dagegen ist er noch wenig befähigt, Gesprochenes zu verstehen, während er jedes Wort nachsprechen kann (Intaktheit des Höraktes). Worte wie Scheere, Tisch, Haus etc. werden begrifflich nicht verstanden, manche Worte mit ähnlich klingenden verwechselt.

Als Mittel, die Vereinigung zwischen dem gehörten Wortbild und dem bekannten Begriff wieder zu Wege zu bringen, werden erwähnt: Vorzeigen des Gegenstandes, wiederholtes Aussprechen des nicht verstandenen Wortes von Seiten des Patienten, um durch die Thätigkeit des coordinirten Sprach-Apparates sich an den Begriff zu erinnern; endlich versteht der Pat. das begrifflich nicht erfasste Wort, sobald er es nieder-

schreibt. Das Experiment des Vorzeigens braucht nur mehrmals gemacht zu werden; weiterhin versteht der Kranke das Wort von selbst. Es nimmt also die Fähigkeit Gehörtes zu verstehen durch Uebung zu. Die Worttaubheit ist auch in der That geringer geworden. Weitere psychische Störungen lassen sich ebensowenig nachweisen, wie motorische oder sensible Lähmungen.

Diesen Fall von reiner Worttaubheit analysirt F. nach dem Kussmaul'schen Schema folgendermassen. Die Wege vom Opticus zum sensorischen Centrum und zum Begriffs-Centrum, sowie von hier aus zurück zum sensorischen Centrum und zu dem motorischen Centrum für die Coordination der Lautbewegungen zu Lautwörtern und zu demjenigen der Schriftzüge zu Schriftwörtern sind intakt, desgleichen der Weg vom Acusticus bis zum sensorischen Centrum der Lautbilder, sowie von letzterem zu den motorischen Centren für Lautbewegungen und Schriftzüge und endlich die Wege des Begriffs-Centrums zu den drei letztgenannten. Dagegen muss zwischen dem sensorischen Centrum für Lautbilder und dem Begriffs-Centrum eine Störung angenommen werden (s. die Abbildung).

Stintzing (München).

---

487. **Dr. H. Wette, Hemiatrophia facialis progressiva.** (Annalen der städt. allgem. Krankenhäuser zu München 1881, S. 600.)

Verf. veröffentlicht einen neuen typischen Fall von totaler halbseitiger Gesichtsatrophie, welchen von Ziemssen vor einigen Jahren beobachtet hat, sowie die Revisitation eines von Romberg beschriebenen Falles, und stellt alle bis jetzt publizirten Fälle tabellarisch zusammen.

Der erste Fall betrifft ein 12-jähr. Mädchen, bei welchem die Abmagerung und Verkleinerung der r. Gesichtshälfte seit 4 ½ Jahren entstand, mit Zuckungen in den Schläfen- und Backenmuskeln beim Kauen einherging und gegen das 10. Jahr ihren Stillstand erreichte. Die Atrophie betrifft die sämmtlichen Theile der r. Gesichtshälfte, ist sehr auffällig und schneidet genau mit der Mittellinie ab. Die Wange ist furchenartig vertieft, die Schläfengegend tief eingesunken, die dünne trockene Haut liegt unmittelbar dem Knochen auf, sämmtliche Gesichtsknochen erheblich kleiner als links, die rechte Lidspalte kleiner wie die linke, das r. Auge tief in der Orbita, der rechte Nasenflügel verkleinert, die r. Hälfte der Lippen schmäler und dünner, der harte Gaumen rechts gewölbter und schmäler als links. Zunge und Zähne, Sinnesfunktionen, Sekretion der Thränen-, Speichel- und Schweissdrüsen, Temperatur, Pulsation beiderseits gleich und normal. Der übrige Körper vollkommen symmetrisch.

Wie viele der früheren, so bietet auch dieser neue Fall nichts zur Erklärung der Pathogenese. Es mag in einzelnen Fällen richtig

sein, dass die halbseitige Gesichtsatrophie, wie manche Autoren behaupten, mit einer Sympathicusaffektion zusammenhängt — in 90% fehlen, wie Verf. nachweist, die Anhaltspunkte für eine solche Auffassung. Dass die Affektion eine unheilbbare ist, dafür spricht u. A. der seit 33 Jahren bestehende Romberg'sche Fall, den W. gemeinschaftlich mit v. Ziemssen untersucht hat. Seit der ersten Beobachtung auf der Romberg'schen Klinik, wo der Kranke erst 9½ Jahre zählte, ist das Bild durch die Ausbildung der r. gesunden Gesichtshälfte noch typischer geworden. Als speciellere Veränderungen wurden hervorgehoben: Fehlen der Barthaare, der meisten Zähne, einige weisse Kopfhaare, geringe Entwicklung des Ohres auf der atrophischen Seite, sowie Veränderungen am Auge, die mit grosser Wahrscheinlichkeit auf einen Reizungszustand des Sympathicus hindeuten. Das l. Auge liegt sehr tief in der Orbita, Conjunctiva stark injicirt, Pupille erweitert, sehr träge reagirend, Lider dünner, Cilien spärlicher wie rechts. Ophthalmoskopisch stark injicirte Gefässe, auf der Macula ein ovaler Pigmentfleck mit weissem Hof, Papille mit verwachsenen Grenzen, Augenhintergrund rechts normal, Sehweite und Sehschärfe links herabgesetzt.

Auf Grund von 43 aus der Literatur zusammengestellten Fällen unterscheidet Verf.:

A. Totale halbseitige Gesichtsatrophie
- I. aller Theile (24 Fälle), wobei betroffen sind Haut, Panniculus, Muskeln, Knochen des Gesichts incl. Stirnbein, Knorpeln der Nase, Lider und des Ohres, Gebilde der Mundhöhle und Haare, Enophthalmus.
- II. nur der Weichtheile: Haut, Fett, Muskeln und Haare (7 Fälle);

B. Partielle halbseitige Gesichtsatrophie
- I. der Knochen und Weichtheile (4 Fälle),
- II. der Haut und des Unterhautzellgewebes (7 Fälle).

Zum Schluss werden die einzelnen Symptome, die Komplicationen und ätiologischen Momente nach ihrer Häufigkeit erörtert. Die Details und die photographischen Abbildungen der beiden beschriebenen Fälle s. im Orig.

Stintzing (München).

---

488. **Dr. Moriz Meyer, Ueber schmerzhafte Druckpunkte, als Ausgangspunkte der galvanischen Behandlung.** Vortrag in der Berliner mediz. Gesellsch. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 31. 1881).

Um die wiederholt von ihm selbst, früher auch schon von Remak hervorgehobene diagnostische, prognostische und therapeutische Bedeutung schmerzhafter Druckpunkte und zwar nicht nur an der Austrittsstelle aus der Wirbelsäule, sondern auch bisweilen im Nervenplexus, oder an einer Stelle im Verlauf des Nerven, oder an einer

Eintrittsstelle in den Muskel, auf's Neue klar zu legen, theilt Verf. folgende Fälle mit.

1. Herr Prof. Westphal litt an neuralgischen Schmerzen im R. Oberarme und war nach den üblichen Methoden erfolglos mittelst Elektrizität behandelt worden. M. constatirt einen im oberen Theil des R. Plexus brachialis oberflächlich gelegenen Druckpunkt. Nach der ersten Sitzung einer Anodenbehandlung (10 El.) erfolgte erhebliche Verminderung, nach 5 Sitzungen völlige Beseitigung von Schmerz und Druckempfindlichkeit.

2. Bei einem 14jährigen Pat. bestand seit 9 Monaten Schmerz im 4. Spatium interosseum der R. Mittelhand, der sich allmählich im Verlauf des N. radialis über Unter- und Oberarm ausbreitete und das Schreiben, Löffelhalten etc. unmöglich machte. Wochenlange elektrische Behandlung des Unterarms blieb ohne den geringsten Erfolg. M. fand im äusseren Winkel des Plexus brachial. eine kleine, verdickte, bei Druck schmerzhafte Stelle. Nach der 17. Sitzung der beschriebenen Behandlung war Pat. anscheinend geheilt. Ein Recidiv, wahrscheinlich bedingt durch schlechte Federhaltung, wurde auf die gleiche Weise und durch Schreibunterricht soweit beseitigt, dass neuerdings nur bei anhaltenden Anstrengungen Schmerzen, jedoch von viel geringerer Dauer und Heftigkeit, auftraten.

3. Eine 19jährige Pat. hatte in Folge der Operation eines Ueberbeines auf dem R. Capitulum ulnae mit nachfolgendem Druckverband sich einen Schmerz zugezogen, der im 4. Metacarpalraum beginnend und dem Ram. vol. superf. des N. ulnar. folgend, sich bis zum Ellenbogen und zeitweise bis zur R. Halsseite erstreckte und sie zu jeder weiblichen Beschäftigung unfähig machte. Nach über 2jähriger Anwendung der verschiedensten therapeutischen Massnahmen, kam Pat. in Verf.'s Behandlung, der eine auffallende Empfindlichkeit beim Druck auf die untere Parthie des Plex. brachial. entdeckte und den Prozess als eine durch den Druckverband verursachte Neuritis ascendens des N. ulnar. auffasste. Anodenbehandlung der schmerzhaften Stelle bewirkte nach wenigen Sitzungen Besserung, nach 54 Sitzungen völlige Heilung.

Diesen Fällen von Neurosen werden einige auf die gleiche Weise erfolgreich behandelte Fälle von Migräne und Spasmus facialis, sowie von traumatischer Neuritis angereiht.

4. Bei einer 27jähr. Frau, die seit vielen Jahren an Migräneanfällen litt, fanden sich die Proc. transversi der obersten Halswirbel beiderseits empfindlich. Hier wurde der positive Pol, der negative aber in der fossa auriculo-maxillaris (beiderseits) aufgesetzt. Die Anfälle liessen nach einer Anzahl von Sitzungen an Heftigkeit und Häufigkeit nach, so dass Pat. nach 35maliger Behandlung entlassen wurde. Als das Leiden später in Folge von Aufregungen und Anstrengungen wiederkehrte, bewährte sich die wiederholte Behandlung von Neuem.

5. Klonischer rechtsseitiger Gesichtskrampf, seit mehreren Monaten bestehend. Kleine schmerzhafte Anschwellungen über den Proc. transversi des 3. und 4. R. Halswirbels, auf deren Druck der Krampf sofort stand. Durch Anodenbehandlung dieses nach 37 Sitzungen fast vollkommene Heilung. Recidiv im Gefolge einer Pneumonie. Fortsetzung der Behandlung bewirkte in 23 Sitzungen dauernde Heilung.

6. Durch Auffallen auf eine Stufenkante bekam eine Pat. Schmerzen am R. inneren Schulterblattrande, die immer heftiger wurden, sich auf den R. Oberarm verbreiteten, das Athmen erschwerten, Spannen in der Schultergegend und Mattigkeitsgefühl im Arm erregten etc. Nach über 2 Jahren fand M. schmerzhafte Spannung des etwas geschwollenen R. M. rhomboideus, Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die motorischen Punkte für die Mm. rhomboid. und serratus ant. mai. am inneren Rande des Cucullaris. Auf die beiden Punkte wurden die Arme der getheilten Anode applizirt. Nach 33maliger Einwirkung vollständige Heilung.

Schliesslich wird noch folgender Fall erwähnt. Ein sehr nervöser Mann litt seit 15 Jahren in Folge von Ueberanstrengung beim Hanteln, beim Gebrauch des L. Armes an einem Gefühl der Schwäche, verbunden mit einem Gefühl von Beengung auf der L. Thoraxseite, welches mit häufigem nüchtern schmeckendem Aufstossen verbunden war. Leiser Druck auf den Proc. spinosus des 7. Halswirbels rief Schmerz und Singultus hervor, schmerzhaft war aber auch der Druck auf die den Ursprungsstellen des L. Phreniscus entsprechenden Proc. transversi. Nach 9 Sitzungen war der Singultus beseitigt, das Beängstigungsgefühl hatte sich fast ganz verloren etc.

Die Auffindung schmerzhafter Druckpunkte und ihre therapeutische Verwerthung ist also von grossem Werthe, selbst in Fällen von Neurosen, in denen jeder Anhaltspunkt für Entstehung und Behandlung fehlt. Verf. räth, immer mit möglichst schwachen Strömen (4—6—8 El.) zu operiren.

Stintzing (München).

---

489. **Dr. H. Schüssler** (Bremen), **Zur Dehnung der Ischiadici bei Rückenmarkskrankheiten.** (Berl. Klin. Wochenschr. 1881. No. 30.)

Sch. verwahrt sich gegen den Vorwurf Langenbuch's (Berl. Klin. Wochenschr. 1881. No. 26), als hätte er des letzteren Verdienst geschmälert, den ersten Anstoss zur Dehnungstherapie bei Tabes gegeben zu haben. Es hätte sich vielmehr in seinem Aufsatz (Centralbl. für Nervenheilk. 1881, No. 10) nur um eine andere Auffassung eines Langenbuch'schen Falles gehandelt. In diesem Falle, den Langenbuch als eine noch nicht in's Rückenmark fortgeschrittene Affektion, Verf. als funktionelle RM - Erkrankung (Spinal-Neurose) bezeichnet habe, sei auch der Operationseffekt ein abweichender gewesen: sensible Lähmung, die schon in den nächsten Tagen verschwand; während in Sch.'s Fall trotz intensiverer Dehnung sofortige Wiederkehr der Sensibilität beobachtet wurde. Dieses verschiedene Verhalten der Sensibilität nach der Dehnung habe Langenbuch ignorirt. Einen Prioritäts-Anspruch aber habe Verf. um so weniger erheben können, als schon vor ihm noch mehrere andere Autoren Dehnungen bei Tabes veröffent-

licht hätten. Ein Fall von Erlemeyer habe ihn erst angeregt, die bis dahin noch nicht in einer Sitzung ausgeführte höchst intensive doppelseitige Ischiadicusdehnung vorzunehmen. Diese letztere Methode empfiehlt Sch. nach seinen weiteren Erfahrungen nicht nur bei Hinterstrang-, sondern auch bei Seitenstrangsklerose und bei Myelitis. Bei Tabes sah er ganz verschwinden oder sich wesentlich bessern: das Kältegefühl, die Anaesthesie, die Ataxie, die Schmerzen auch in den Händen und Armen, das Gürtelgefühl, die Blasen- und Mastdarmlähmung, die Pupillenstarre, die Parese des Oculomotorius und Facialis, die Anaesthesie der Stirn, und er hält eine günstige Beeinflussung der beginnenden Amaurose bei Tabes durch die Dehnung nicht für unmöglich. Ebenso warm aber empfiehlt Sch. die von ihm gewählte Stelle unter der Glutaealfalte. An dieser Stelle, die mechanischen und thermischen Insulten am meisten ausgesetzt ist — und Erkältungen sollen doch in der Aetiologie der RM-Krankheiten eine grosse Rolle spielen — muss vorwiegend eine Erkrankung der Nervenscheiden oder Nervenstämme zu Stande kommen. Verf. fand selbst unter 18 Fällen an dieser Stelle 14 mal eine Affektion der Ischiadicusstämme. Als weiterer Grund für die Wahl der genannten Operationsstelle wird die Verlegenheit angeführt, die durch eine abnorm hohe Theilung des Ischiadicus (bis hinauf zur Glutaealfalte) verursacht werden könne.

Stintzing (München).

---

490. **J. Goltstein** (Breslau), **Beitrag zum Asthma idiosyncraticum.** (Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1881. Nr. 15.)

Bekanntlich sind in neuer Zeit Beziehungen zwischen Affectionen der Nasenschleimhaut und dem Asthma nervosum nachgewiesen worden. Der Verf. beschreibt einen Fall, in welchem bei einem an chronischem Schnupfen leidenden Pharmaceuten regelmässig während des Verreibens von Ipecacuanha-Pulver asthmatische Anfälle auftraten. Durch vordere Tamponade der Nase konnten die Anfälle sehr gemildert und selbst ganz verhütet werden. Der Vf. stimmt in den von Schäffer u. A. ausgesprochenen Wunsch ein, dass in allen Fällen von nervösem Asthma eine Untersuchung der Nasenhöhlen vorgenommen werde.

Wolffberg.

---

491. **O. Fräntzel, Ueber Galopprhythmus am Herzen.** (Z. f. klin. Med. Bd. III. 3. S. 491.)

Das im Ganzen wenig gewürdigte (Potain Johnson Barée), von deutschen Autoren fast vollständig vernachlässigte, in Auffassung und Deutung noch immer nicht klar gestellte auscultatorisches Phaenomen

des Galopprhythmus am Herzen besteht nach F. „in dem Auftreten „von 3 Herztönen während einer Herzaction, von denen 2 auf die Dia„stole kommen, und welche in ihrem Rhythmus analog sind dem aus „der Ferne gehörten Hufschlag eines galoppirenden Pferdes.“

Der Accent liegt dabei auf dem ersten diastolischen Ton (⏑⏊⏑) gegenüber ähnlichen auscultatorischen Erscheinungen — dem diastolischen Doppelton, welcher bei Hypertrophie und Dilatation der Ventrikel durch die Contraction der Vorhöfe entsteht; dem gebrochenen diastolischen Ton bei hoher Spannung in den Pulmonalarterien und Aortensystem, über den Ostien dieser Gefässe; dem diastolischen Doppelton bei Mitralstenose — mit denen dieses Phaenomen verwechselt werden könnte und bei denen der Accent zumeist auf dem systolischen Ton liegt.

„Der Galopprhythmus am Herzen, welcher über der ganzen Regio „cordis gleichmässig verbreitet zu hören, ist ein Phaenomen, welches „mit dem Auftreten grosser und gefährlicher Herzschwäche erscheint „und als ein signum malum angesehen werden muss.“

Zur Beobachtung kam der Galopprhythmus bei acuten Krankheiten, bei Ileotyphus (24 mal), bei Pneumonie (15 mal), Typhus exanth., Scarlatina, Polyarthritis rheum., Angina diphtheritic., acuter Lungengangaen, acuter Miliartuberculose, meist den Erscheinungen drohender Herzschwäche und des Kräfteverfalls vorausgehend und dieselben begleitend. Bei den lethal verlaufenden Fällen waren bemerkenswerthe anatomische Veränderungen meist am Herzen nicht nachzuweisen. Zu den chronischen Krankheiten, bei denen Galopprhythmus notirt wurde, gehören chron. Nierenkrankheiten, besonders die interstitielle Form, mit Hypertrophie und Dilatation des L. Ventrikels schwankenden Grades; bei chron. Erkrankungen der Respirationsorgane mit Vergrösserung des Herzens und Cachexie, zweimal auch bei idiopatischer Vergrösserung beider Herzhälften.

Aber auch ganz unabhängig von anatomisch nachweisbaren Herzaffectionen fand sich Galopprhythmus bei hochgradiger Anaemie, Blutverlusten, perniciöser Anaemie, Krebscachexie, Morbus Addisonii.

Eine Erklärung des Phaenomens sowie der Erscheinung des nur verhältnismässig seltenen Auftretens bei Herzschwäche ist z. Z. noch nicht zu geben.

Hindenlang (Freiburg).

---

492. **Gautier, De la desquamation épithéliale de la langue.** Ueber die Epithelabschilferung der Zunge. (Rev. med. de la Suisse romande. 1881, Nr. 10 und 11.)

Verf. resumirt zunächst kurz die nicht sehr reichhaltige deutsche und französische Litteratur über die qu. Erkrankung. Während man früher 2 Formen derselben allgemein annahm, stellt er 3 auf und gibt

für die einzelnen charakteristische Krankheitsgeschichten theils eigner, theils fremder Beobachtung mit erläuternden Abbildungen. Alle 3 Formen haben das gemeinsam, dass nur der epitheliale Ueberzug der Zunge in den Process hineingezogen ist, während diese selbst völlig intact bleibt, dass es sich immer nur um epitheliale Desquamation, nie um Erosions- oder Geschwürsbildung handelt, dass dabei rosig- oder rothgefärbte, glatte, des Epithels beraubte Stellen mit runden, ausgebuchteten, unregelmässigen Contouren und begrenzt von weissen oder gelblichen Rändern sich bilden, welche gewöhnlich den Rücken oder die Ränder der Zunge einnehmen. Der Verlauf dieser Affectionen ist meist ein chronischer, mit Wiederkehr derselben Erscheinungen in regelmässigen Zwischenräumen. Die mikroskopische Untersuchung abgeschabter Epithelfetzen ergab in allen drei Formen nur epitheliale Zellen in den verschiedenen Stadien der Verhornung, Fragmente von Papillen, embryonale Zellen in grösserer oder geringerer Menge, Sporen und Fäden von Leptothrix buccalis, feine Körnchen aus coagulirtem Schleim, nie aber eine für diese Affection specifische Pilzform. Die erste Form (Pityriasis linguae, Rayer) zeichnet sich dadurch aus, dass die von Epithel entblössten Stellen wie mit einem Locheisen ausgeschlagen erscheinen und keine verdickten Ränder haben. Sie nehmen entweder in runder oder ovaler Form den Rücken der Zunge, oder in Form von Halbkreisen die Ränder derselben ein. Sie zeigen wenig Neigung sich zu vergrössern; sie verändern sich in der Weise, dass allmählich die Unterschiede in Farbe und Niveau zwischen der von Epithel entblössten rothen Stelle und ihrer weisslichen oder weisslich gelblichen Umgebung mehr und mehr verschwinden und nach etwa 3—4 Wochen nicht mehr zu bemerken sind. Dann beginnt der Process in gleicher Weise von Neuem. G. hat 11 Fälle dieser Art beobachtet, darunter 3 Fälle bei erwachsenen Frauen im Verlauf acuter fieberhafter Erkrankungen. Hier nahm auch die epitheliale Desquamation einen acuten Verlauf und hörte mit vollendeter Heilung definitiv auf. Bezüglich der Aetiologie ist zu erwähnen, dass die meisten der von G. beobachteten Fälle von Geburt an schwächliche oder durch Krankheiten heruntergekommene Kinder betrafen. Die zweite Form (forme à contours festonnés nach G.) zeichnet sich aus durch die festonartige Verdickung ihrer Ränder. „Man sieht zuerst auf dem Zungenrücken in der Nähe der Spitze einen kleinen weissen Fleck von 3—4 mm Durchmesser, der etwas über die benachbarten normalen Partieen hervorragt. Am nächsten Tag findet man an derselben Stelle einen kleinen Ring von wenigstens doppeltem Durchmesser, in dessen Centrum sich das Epithel abschilfert. Dieser weisse verdickte Hof mit seinem rothen Centrum vergrössert sich allmählich und rückt gegen die Basis der Zunge vor, während ähnliche Ringe in derselben Weise und mit derselben Tendenz der Vergrösserung sich in seiner Umgebung bilden. Durch den Zusammenstoss verschiedener Ringe entstehen dann mannigfaltige Contouren. Die von Epithel entblössten Stellen erreichen indess nie eine grosse Ausdehnung, indem die Wiederbedeckung mit Epithel sehr bald beginnt und ebenfalls von der Spitze nach der Basis zu fortschreitet. In 8—10 Tagen hat der Desquamationsprocess sich über die ganze Zunge verbreitet, aber noch ehe er die Basis erreicht

hat, beginnt schon an der Spitze ein neuer Turnus. G. hat 46 Fälle dieser Form zusammengestellt, von denen die meisten von Parrot beobachtet sind, 22 betreffen Kinder unter einem Jahre. Parrot ist der Ansicht, dass die Syphilis eine grosse Rolle bei dieser Affection spiele, weil er in einer beträchtlichen Zahl der Fälle hereditäre Lues nachweisen konnte. Da aber eine specifische Behandlung erfolglos blieb, meint G., dass die Syphilis dabei keine andere Bedeutung habe, wie andere schwächende Allgemeinerkrankungen, z. B. Tuberculose, Scrofulose etc. Diese Form macht ebenso wie die erste weder Schmerzen noch Functionsstörungen beim Kauen etc. Die 3. Form, die sog. lichenoide, ist dadurch charkterisirt, dass sie mit einer Ablagerung von Epithel in Form einer über die ganze Zunge verbreiteten Pseudomembran beginnt. Die Desquamation fängt an der Basis an und schreitet gegen die Spitze vor, aber viel langsamer als bei der zweiten Form, so dass sie dieselbe erst in etwa 20 Tagen erreicht. Im Uebrigen ist die Art und Weise, wie die Desquamation erfolgt, ungefähr dieselbe wie bei jener; es entstehen dieselben ausgebuchteten, halbkreisförmigen Contouren mit verdickten Rändern. Der Verlauf ist stets ein chronischer. Aetiologisch ist bemerkenswerth, dass Moeller unter 6 Fällen 5mal das gleichzeitige Vorhandensein von Taenien constatirte, und dass in einem Falle mit dem Verschwinden der Bandwurmsymptome nach einer scheinbar gelungenen Kur auch die epitheliale Desquamation der Zunge aufhörte, um mit dem Wiedereintreten des ersteren wieder zu beginnen. Diese dritte Form macht Schmerzen beim Kauen und bei der Berührung mit salzigen oder gewürzten Speisen. Die Prognose ist bei diesen Affectionen der Zunge trotz ihrer Hartnäckigkeit, da sie uns wenige oder keine Beschwerden machen, und da man ernstere Erkrankungen nie aus ihnen hat entstehen sehen, eine günstige zu nennen. Die Behandlung muss eine allgemein tonisirende sein; weder locale noch die gegen die supponirte Lues gerichtete specifische Behandlung war bisher von Erfolg.

Brockhaus (Godesberg).

---

493. **Prof. Guareschi,** Della R. Università di Torino, **Osservazioni intorno ad un cas di Chiluria.** Ein Fall von Chilurie. Chemische Beobachtungen. (Archivio per le scienze Mediche. Vol. V. Nr. 12.)

Die Fälle von Chylurie in den gemässigten Klimaten gehören zu den Seltenheiten; in der That sind davon sehr wenige Fälle in Italien beschrieben worden. Prof. Guareschi theilt die Ergebnisse mehrerer an einem ihm von Prof. Comato verschafften Harne angestellten Analysen mit. Die Patientin war eine 28 Jahre alte Frau am fünften Monate der Schwangerschaft, welche seit zwei Monaten vor der Schwangerschaft in guten allgemeinen Bedingungen einen allmählich milchtrübig werdenden Urin zu entleeren anfing. Bemerkenswerth

war es, dass solch' ein Charakter nur dem Harne zukam, der von der Pat. in vertikaler Stellung entleert wurde, während der in horizontaler Lage entleerte Urin die Charaktere eines vollständig normalen Harnes behielt. Der chylöse Urin reagirte leicht alkalisch. Spec. G. betrug 1017 (15 °); enthielt Fibrin, Eiweiss und Blutkörperchen. Die chemische Analyse der aus dem Urin extrahirten Fettsubstanz ergab: Cholestearin, Lecitin, eine flüssige (Olein?) und eine feste Fettsubstanz (Stearin und Palmitin). Verf. glaubt nicht, dass die Anwesenheit des Cholestearin im Harne symptomatisch, wie Beale meint, der Leberfettentartung sei, indem sie eine im Organismus sehr verbreitete Substanz ist, und immer da gefunden wird, wo Lecitin und Blutkörperchen vorhanden sind. Man kennt nicht den Ursprung der Fettsubstanzen im Harne; und Bence Jones beobachtete in den von ihm beschriebenen Fällen keine Vermehrung der Fettsubstanzen im Blute.

Graziadei (Turin).

---

494. **Clement Dulles,** M. D., M. R. C. P., Physician to Rugby School, **The Albuminuria of Adolescents, often the Beginning of Brights Disease (?).** Ist die Albuminurie junger Leute häufig der Anfang des morb. Brighti? (British med. Journ. Nov. 1881.)

Verfasser hat als Assistent an der berühmten Schule von Rugby viel Gelegenheit, den Urin von jungen Leuten zu untersuchen und hat schon früher die Ansicht ausgesprochen, dass der während der Pubertät so häufig auftretende Eiweissgehalt des Harns oft das erste Zeichen eines beginnenden Morbus Brighti ist. (Brit. Medic. Journ. 30. Nov. 78.) Symptome sind: Kopfweh morgens, Dispepsie, Schwäche, vermehrter Blutdruck. Microscopisch kleine Cylinder oder Zellen. Eiweissgehalt intermittirend aber Jahre lang zu beobachten, schwindet bei Bettruhe und Milchdiät, kann aber durch reichlichere Nahrung und Aufstehen nach Belieben wieder erzeugt werden. Die Pathologie dieses Zustandes ist Nierenhyperaemie, die Ursache Heredität oder vorausgegangenes Scharlachfieber. Bei vielen Jünglingen ist dieser Zustand nur vorübergehend, bei vielen jedoch glaubt der Verfasser annehmen zu müssen, dass er in chronischen Morbus Brighti übergeht.

Ludwig (London).

---

495. **Rich. Fleischer** (Erlangen), **Ueber eine neue Form von Hämoglobinurie beim Menschen.** (Berl. kl. Wochenschr. 1881, No. 47.)

Ein 23jähriger Soldat von kräftigem Körperbau, mit normal gefärbter Haut und Schleimhäuten, war, ausser einer regelmässig verlaufenden Pneumonie im März 1880, nie krank und ertrug die Manöver-

strapazen im Herbst 1880 ohne Beschwerden. Im Februar 1881 bemerkte er, ohne jede Störung des Allgemeinbefindens, nach einem anstrengenden Feldmarsch zum erstenmal blutig gefärbten Harn, der schon am Abend desselben Tages wieder hell war. Seitdem trat nach jedem anhaltenden Gehen dieselbe Verfärbung des Harnes ein, eine Stunde schnellen Laufens genügte dazu. Aufnahme in die Klinik im Mai 1881. Die specielle Untersuchung des Pat. ergiebt in keinem Organ eine Abweichung, Harn und Blut verhalten sich normal. Nach einem Reisemarsch im Bataillon entleert Pat. dunkel roth gefärbten, klaren, sauren Harn. Derselbe enthält mässig Eiweiss, keinen Zucker, keinen Gallenfarbstoff. Die Heller'sche Blutprobe ergiebt ein positives Resultat; im Spectrum finden sich die Streifen für Oxyhaemoglobin und Methaemoglobin; microscopisch zeigen sich reichliche Haufen von kleinen, gelben Haemoglobintröpfchen, keine rothen Blutkörperchen, keine Harncylinder, keine Vermehrung der Epithelien. Pat. fühlt sich etwas matt, genaue Untersuchung seiner Organe und des Blutes ergeben auch jetzt völlig normale Resultate. Die nächste Harnentleerung lieferte bereits helleren, schwächer eiweisshaltigen, die Abendentleerung völlig normalen Harn. Derselbe Versuch wurde vielfach wiederholt, immer mit demselben Resultat; sowie das Haemoglobin verschwunden war, fehlte auch das Eiweiss.

Andere Einflüsse, ausser dem angestrengten Gehen, erzeugten keinen abnormen Harn. Zweistündiges Holzsägen, Schwitzen nach warmem Bade und Pilocarpin, kalte Luft, kaltes Bad, Reizung der Nieren durch Biertrinken, Milchsäure, Phosphorsäure, kohlensaures Natron brachten keine Haemoglobinurie zu Stande. Am Tage der Haemoglobinurie fand sich die Harnstoffmenge vermindert, am folgenden Tage wieder normal. Als Ursache der Haemoglobinurie muss in diesem Falle eine reine primäre Bluterkrankung betrachtet werden.

R.

---

496. **H. Eichhorst, Ueber das Vorkommen von Zucker und zuckerbildenden Substanzen in pleuritischen Exsudaten.** Ztschr. f. klin. Med. III, 3. S. 537.

Die durch eine Probepunction bei einem pleuritischen Exsudat entnommene Flüssigkeit erwies sich frisch untersucht zuckerfrei. Nach 24stündigem Stehen der Proben war jedoch vollständige Reduction des Kupfers eingetreten, und zeigte auch der Rest der Probeflüssigkeit mit Fehling'scher Lösung prompte Zuckerreaction.

Diese Beobachtung gab dem Verf. Veranlassung, auf das bisher wenig beachtete und gekannte Vorkommen von Zucker und zuckerbildenden Substanzen in pleuritischen Exsudaten zu achten und darauf bezügliche Untersuchungen anzustellen. Die bei 17 Fällen von Pleuritis exudat. serosa gemachten Erfahrungen führten zu folgendem Resultat:

1. Dass es zuckerhaltige Exsudate giebt (10 Fälle = 58,8 %), bei denen nach Entfernung des Eiweiss Fehling'sche Lösung sofort reducirt wurde; dieselbe Beobachtung wurde auch in einem Fall von haemorrhagischer Pleuritis gemacht.

2. Dass es fermenthaltige Exsudate gibt mit zuckerbildender Substanz (2 Fälle = 11,8 %). Frisch untersucht erweisen sich dieselben als zuckerfrei, doch tritt bei Jod-Jodkalizusatz in der enteiweissten Flüssigkeit eine intensiv blauviolette Färbung auf (zuckerbildende Substanz; Glykogen), deren Intensität während einiger Zeit noch zunimmt. Nach längerem Stehen der Exsudatflüssigkeit kann diese Reaction nicht mehr hervorgerufen werden, hingegen tritt jetzt prompte Zuckerreaction auf.

3. Dass zuckerfreies und fermentfreie Exsudate vorkommen (5 Fälle = 29,4 %), bei denen durch Jod-Jodkali zuckerbildende Substanz nachgewiesen werden kann, welche aber nicht spontan, während längeren Stehenlassens, sondern erst durch Zusatz eines diastatischen Ferments — zuckerfreier Speichel — in Zucker übergeführt wird, welcher durch verschiedene Proben nachgewiesen werden kann, und wobei die Jod-Jodkalireaction eingebüsst wird.

Weitere Untersuchungen zeigen, dass hier nicht etwa das Ferment durch das Kochen beim Enteiweissen der Exsudatflüssigkeit zerstört wurde.

Die Krankengeschichten der 18 Fälle sind, in diese 3 Gruppen eingereiht, ausführlich mitgetheilt.

Hindenlang (Freiburg).

Neue Bücher.

Briand, Leçons de clinique médicale. Paris, Doin. 4 fr.

Cadet de Gassicourt, Traité clinique des maladies de l'enfance. Tome deuxième. Avec 100 fig. dans le texte. Paris, Doin. 13 fr.

Dujardin-Baumetz, Leçons de clinique thérapeutique. Deuxième série. Fasc. 2. Traitement des maladies du Poumon. Paris. Doin. 7 fr.

Fürbringer, Ueber Spermatorrhoe und Prostatorrhoe. (Sammlung klin. Vorträge 207.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Gerhardt, Ueber einige Angioneurosen. (Sammlung klin. Vorträge 209.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Giraud-Teulon, La vision et ses anomalies. Cours théorique et pratique sur la physiologie et les affections fonctionnelles de l'appareil de la vue. Paris, J. B. Baillière et fils. 20 fr.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**

Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. **17. December.** **Nro. 36.**

497. **Bouley, Expériences publique sur la vaccination du charbon symptomatique, faites à Chaumont (Haute-Marne) le 26. Septembre 1881.** Die zu Chaumont über die Schutzimpfung des symptomatischen Milzbrandes angestellten Versuche. (Comptes rendus T. XCIII. No. 14.)

Zu Chaumont (Departement Haute-Marne) wurden von 25 jungen Rindern Impfungen mit dem Virus des symptomatischen Milzbrandes vorgenommen. Nach den Untersuchungen von Arloing, Cornevin und Thomas erzielt man durch Injection des Giftes ins Bindegewebe die typischen Symptome dieser Krankheit: eine rapid zunehmende Anschwellung, welche durch serös-blutige Infiltration und durch Gasentwickelung in den Geweben bedingt ist. Ganz anders, wenn das Gift direct ins Blut, in eine Vene eingeführt wird: hierdurch entsteht nur sehr mässiges ephemeres Fieber, gleichzeitig jedoch Immunität gegen spätere auch schwere Infection.

Von den 25 Versuchsthieren waren 13 einige Monate früher, im Februar, mittelst Injection des Giftes in die Jugularvene immun gemacht worden. Diese Thiere wurden mit den 12 anderen zu je zweien vereinigt; und je zwei solcher Thiere wurden mit dem Inhalt ein und derselben Pravaz'schen Spritze in der Weise inficirt, dass jedem der beiden Thiere die halbe Menge des Giftes in die Muskeln an der inneren Schenkelfläche injicirt wurde. Sodann wurden die vaccinirten Thiere von den nicht vaccinirten getrennt.

Schon Tags darauf (27. Sept.) war das Resultat frappant: die nicht vaccinirten Thiere waren mit Ausnahme eines einzigen sämmtlich erkrankt. Nach 3 Tagen waren 9 von ihnen an symptomatischem Milzbrand gestorben, 2 andere schienen sich wieder zu erholen, eines blieb gesund. Betreffs dieses letzteren stellte sich heraus, dass es aus einem Stalle herstammte, in welchem ein Jahr vorher die Krankheit gewüthet hatte: dieses Thier hatte sich also damals spontan vaccinirt. Die 13 im Februar vaccinirten Thiere blieben völlig gesund.

Zur Erläuterung der Annahme einer spontanen Vaccination bemerkt Verf., dass hierzu eine Beobachtung mancher Landwirthe dortiger Gegend in Beziehung stehe: es sei nicht nöthig, Thiere, welche bereits das 3. oder 4. Lebensjahr überschritten hätten, zu vacciniren, da der Milzbrand nur unter den jüngeren Thieren wüthe.

Zur Controlirung dieser Angabe wurden 2 Rinder — eine 40jährige aus einer Milzbrandgegend (Bassigny) stammende Kuh und eine zweite ebenso alte, die aber aus gesunder Gegend stammte — mit der gleichen Menge des gleichen Giftes gleichzeitig geimpft: die Kuh aus Bassigny blieb gesund, während die andere an symptomatischem Milzbrand zu Grunde ging.

Nach Verf. ist es daher sehr wahrscheinlich, dass in epidemischen und epizootischen Krankheitsperioden die Immunität einzelner Individuen aus spontaner Vaccination zu erklären sei.

Lüderitz (Jena).

498. **Evers** (Dresden), **Impfung und Pocken.** (Deutsche Vierteljahresschr. für öffentl. Gesundheitspflege. 1880. 588 u. 1881. 561.)

Der Verf. hat mehrmals in den ihm angewiesenen Musterungsbezirken alle zum Erstenmale sich zum Heere gestellenden jungen Leute auf Impf- und auf Pockennarben untersucht, und zwar zuerst 1880 im Bezirk Döbeln. Von 832 zwanzigjährigen Männern hatten 774 deutliche Impfnarben und von diesen 10 deutliche und 3 undeutliche Pockennarben. 58 waren nicht oder ohne Erfolg geimpft; von diesen hatten 32 deutliche und 10 zweifelhafte Pockennarben. Es waren also (unter Beiseitelassung der zweifelhaften Fälle) 42 mal mehr Nichtgeimpfte von Pocken befallen gewesen als Geimpfte. Im folgenden Jahre wurden in den Bezirken Freiberg und Glauchau alle im Jahre

1861 geborene Militärpflichtige untersucht. Von 2638 Leuten hatten 2368 deutliche Impfnarben, von diesen 28 deutliche Pockennarben; unter 270 Leuten, die keine Impfnarben zeigten, hatten 199 deutliche Pockennarben; d. h. es waren 62 mal mehr Nichtgeimpfte von Pocken befallen gewesen als Geimpfte.

Wolffberg.

---

499. **John Ruxton**, M. B., **Case of Hydrophobia; Recovery**. (British Medical Journal, 19. Nov. 1881).

Ein sechsjähriger Knabe wurde zu Pestawur in Indien von einer wüthenden Hündin gebissen. Die sehr ausgedehnten Verwundungen am rechten Bein wurden mit rauchender Salpetersäure geätzt, später mit Carbolöl verbunden. Genau einen Monat später erkrankte Patient mit Fieber und Bewusstlosigkeit. Zwei Tage später Anfälle mit wildem Aufschreien, Convulsionen, Wasserscheu; die Anfälle werden auf die geringste Veranlassung hin hervorgerufen. Die Behandlung bestand bis dahin, da die Diagnose noch nicht absolut sicher war, in hydropathischer Einwickelung und Diaphoreticis. Verfasser, der früher an sich selbst die vorzügliche narcotische Wirkung der Cannabis Indica erprobt hatte, kam auf die Idee, dieselbe als Palliativum zu geben. Er administrirte unter grossen Schwierigkeiten per os 5 Minimo oder 5 Tropfen Tinct. cannab. indic.; kurze Zeit darauf Schlaf, später wieder ein Anfall. Nach einer nochmaligen Darreichung von 5 Tropfen Tinctur Schlaf für 10 Stunden. Beim Erwachen ist das Bewusstsein wieder klar, Pupillen punctförmig contrahirt. Nach einer nochmaligen Dose von 5 Tropfen 18 Stunden Schlaf; von da ab schreitet Reconvalescenz rasch vorwärts, nach 10 Tagen vollständige Genesung.

Ludwig (London).

---

500. **David Ferrier**, M. D., F. R. S., **The Localisation of Atrophie Paralyses.** (Brain Part. XIV & XV. 1881).

Verfasser untersucht die Frage, wie es kommt, dass gewisse Muskelgruppen mit einer gewissen Regelmässigkeit immer gemeinsam atrophisch erkranken. Er schliesst sich der Ansicht von Sigmund Mayer an, dass Nerv und Ganglienzelle eine „nutritive Einheit" bilden, die Hypothese der trophischen Nerven ist nicht absolut nothwendig. Im Gesammtverlauf einer Nervenbahn gibt es zwei nutritive Einheiten: der periphere motorische Nerv und die Ganglien der Vorderhörner des Rückenmarks bilden die eine, der weitere Verlauf des Nerven bis zu den Ganglien des Gehirnes die andere Einheit, daher rufen Zerstörungen der Ganglien oder Bahnen im Gehirn keine periphere

Atrophie hervor. Frühere Untersuchungen über Innervationsgebiete der Wurzeln des Plexus brachialis und lumbalis wurden durch Versuche an Affen erweitert, es stellt sich heraus, dass jede Nervenwurzel eine gewisse functionelle Einheit von coordinirten Muskelbewegungen darstellt. Verfasser stellt gewisse Typen auf. Die Hypothese, dass jeder Wurzel ein gewisser Bezirk in den Vorderhörnern entspricht, erklärt so die Lokalisation der Atrophie bei Poliomyelitis. Hierzu mehrere Beispiele im Original.

Ausführlich wird die Lokalisation der Bleilähmung an den Extensoren der Hand erörtert. Verfasser schliesst aus den Versuchen über das Erlöschen der Erregbarkeit der Muskeln nach dem Tod und aus der aus Versuchen abgeleiteten mechanischen Leistungsfähigkeit der Muskeln, dass die Extensoren der Hand die am wenigsten widerstandsfähigen Muskeln des Körpers sind und daher einer allgemein krankmachenden Ursache, wie sie die Bleivergiftung darstellt, am ersten unterliegen müssen. Die Hypothese, dass bei Bleivergiftung Poliomyelitis auftrete, wird durch die Erfahrung nicht bestätigt und stimmt nicht mit der bei Poliomyelitis auftretenden Gruppirung der gelähmten Muskeln. Verfasser glaubt, die Thatsachen sind, ohne eine allgemeine Wirkung auf die Nervencentren auszuschliessen, zu Gunsten einer allgemeinen peripheren Neuritis. Dazu Beispiele. In Bezug auf progressive Muskelatrophie ist Verfasser von dem spinalen Ursprung der Krankheit überzeugt, der ungezwungen das gruppenweise Befallenwerden erklärt.

Ludwig (London).

---

501. **A. Proust et J. Comby, Contribution à l'étude des paralysies spinales anterieures aiguës.** Beitrag zur Lehre von der poliomyelitis anterior acuta. (Le progr. médic. 1881. No. 47, 48 u. 49.)

Die sog. Kinderlähmung und die paralysis spinalis anterior acuta (poliomyelitis anterior acuta) sind identisch; die Krankheit ist bei Erwachsenen häufiger, als man bisher anzunehmen geneigt scheint; den ersteren Namen würde man gut thun ganz fallen zu lassen.

Nach einer kurzen Uebersicht über die historische Entwicklung der Pathologie dieser Krankheit, welcher bei Kindern und bei Erwachsenen die Atrophie der motorischen Zellen der Vorderhörner zu Grunde liegt, theilen die Verf. vier Beobachtungen mit zum Beweise der gleichfalls übereinstimmenden Symptomatologie in den verschiedenen Lebensaltern.

Das Resumé der 4 Fälle lautet:

1. Ein Mädchen von 16 Jahren wird plötzlich, ohne nachweisbare Ursache, von Schwäche in den Unterextremitäten befallen; an den folgenden drei Tagen nimmt die Lähmung zu, und am vierten Tage kann die Kranke das Bett nicht verlassen; die Lähmung ist ausschliess-

lich motorisch, die Sensibilität ist intakt, die Funktionen der Blase und des Mastdarmes sind unversehrt; die faradische Reaktion ist herabgesetzt, Sehnen-Reflexe lassen sich nicht auslösen. Bei elektrischer Behandlung kehrt die normale Beweglichkeit und die Muskelkraft allmählich wieder; Heilung ohne Atrophie.

2. Ein Mann von 26 Jahren stellt sich vor mit Atrophie des rechten m. triceps suralis. Im Alter von 18 Jahren ist er, ohne Gelegenheitsursache, an Schwäche in den Beinen und dann in den Armen erkrankt; kein Initialfieber, keine Sensibilitätsstörungen; Blase und Mastdarm funktioniren normal. Später beschränkte sich die Lähmung auf das rechte Bein, die Wade wird atrophisch, der Kranke hinkt. An der rechten Wade trophische Störungen: die Haut ist glatt, gelb und kalt, die Haare sind spärlich. Die einzigen Muskeln, welche auf den faradischen Strom nicht reagiren, sind der m. soleus und der m. gastrocnemius.

3. Ein $14\frac{1}{2}$ Jahre altes Mädchen, dessen Vater an Bleivergiftung litt, bekommt plötzlich, einige Stunden nach einer Erkältung, eine Lähmung des rechten Armes, welcher nach 36 Stunden die Lähmung der Unterextremitäten folgt; kein Initialfieber; Harn- und Kothentleerung normal. Während die Beweglichkeit der Unterextremitäten langsam sich wieder einstellt, entwickelt sich schnell Atrophie des m. deltoides d.; an den Füssen bleiben vasomotorische Störungen (Kälte und Cyanose beim Stehen).

4. Während der Rekonvalescenz von Scharlach erkrankt ein Mädchen von 8 Jahren mit Fieber und Schwäche in den Oberextremitäten; Sensibilität normal, ebenso Harn- und Stuhlentleerung. Nach einem Monat steht das Kind auf und geht in die Schule; aber der linke Arm ist gelähmt geblieben; der l. deltoides atrophisch. Durch den konstanten und den faradischen Strom wird langsame Besserung erzielt.

Bezüglich der Aetiologie ist zu bemerken, dass eine der drei weiblichen Kranken (8, 15 und 16 Jahre alt) an menstruatio difficilis irregularis litt, bei einer andern war die Menstruation ausgeblieben. In einem Falle hatte kurz vorher eine Erkältung stattgefunden; in einem anderen war Scharlach vorhergegangen.

Initialfieber war nur in einem der Fälle vorhanden; über Schmerzen hat keiner der Kranken geklagt: Der Eintritt und die Verallgemeinerung der Lähmung geschah plötzlich in 1 Fall, schnell (in 24 Stunden) in 1, langsamer (3—4 Tage) in 2 Fällen. Dreimal waren alle Glieder ergriffen; einmal entging ein Glied der Initiallähmung. Zweimal blieb der m. deltoideus der am stärksten betroffenen Seite atrophisch, einmal die Waden-Muskulatur; einmal trat vollständige Lähmung ein. Zweimal blieben trophische Störungen.

In dem von Initialfieber begleiteten Falle hatte man anfangs ein typhöses Fieber diagnosticirt; doch ist die Unterscheidung leicht. Nur die paralysis ascendens acuta könnte mit der paralysis spinalis anterior acuta verwechselt werden; ein Fall der ersteren Art unterschied sich von einer rein motorischen Lähmung der vier Extremitäten nur durch

Kriebelgefühl in den Händen, bis Bulbärsymptome hinzutraten. Das Fehlen jeglicher Störung der Sensibilität ist charakteristisch für die paralysis spinalis anterior acuta.

E. Bardenhewer.

---

502. **D'Olier, De la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie avec manifestations distinctes des deux névroses considérée dans les deux sexes et en particulier chez l'homme.** Ueber die Combination von Epilepsie und Hysterie bei getrennten Erscheinungen beider Neurosen bei beiden Geschlechtern, besonders beim Manne. (Annal. médico psychol. Septembre 1881. p. 192.)

Die verschiedenen Arten der Combinationen der Hysterie und der Epilepsie bei einem Individuum und zwar in der von Landowzy sogenannten Hysteroepilepsie mit getrennten Anfällen (à crises distinctes) sind in der Zusammenstellung von Charcot folgende vier:

1. Hysterie entwickelt sich bei einem schon vorher epileptischen Individuum;
2. Epilepsie kommt zu bestehender Hysterie hinzu;
3. Convulsive Hysterie kommt mit „Petit mal" vor, und
4. Convulsive Epilepsie tritt zu einzelnen Symptomen von nicht convulsivischer Hysterie (Contractur, Anästhesie etc.) hinzu.

Für diese Arten stellt Verf. in seiner Arbeit aus der Literatur und aus eigener Beobachtung Beispiele zusammen, wobei er besonders darauf Gewicht legt, dass die Combination von Hysterie und Epilepsie auch bei Männern vorkommt. Doch kann er nur für die 1. und 3. der oben genannten Arten Fälle von Männern aufführen, während ihm für die 2. und 4. Combination nur je ein Fall (von Briquet und von Charcot) bei einem weiblichen Individuum zu Gebote steht. Der Eierstockhyperästhesie beim Weibe entspricht die Hodenhyperästhesie beim Manne und Druck in die fossa iliaca genügt bei letzterem oft zum Coupiren der Anfälle, wie bei ersterem die Ovarialcompression. Zum Schlusse sucht Verf., wofür er 4 Beobachtungen von Billod aus dem Jahre 1843 aufführt, noch eine besondere 5. Gruppe aufzustellen, bei der die hysterischen und epileptischen Erscheinungen zusammenfallen (coincidiren), die sich aber doch von der eigentlichen Hysteroepilepsie (à crises combinées, à attaques mixtes) unterscheidet durch die Abwesenheit von Sensibilitätsstörungen, durch das einige Male vorherrschend einseitige Auftreten der Convulsionen und durch den consecutiven Stupor.

Peretti (Andernach).

503. **Ern. Gaucher, Les troubles de la nutrition dans l'intoxication saturnine.** Ueber die Ernährungsstörungen bei Bleivergiftung. (Revue de médecine Nr. 11.)

Verf. hat an 24 Fällen von chronischer Bleivergiftung methodische Urinuntersuchungen ausgeführt und ist dadurch zu folgenden Resultaten gelangt.

1. Die Menge der festen Bestandtheile des Urins ist vermindert: die täglich ausgeschiedene Harnstoffmenge kann auf den 5. Theil des Normalen reducirt sein, die Chloride sind auf den 4. bis 5. Theil, die Phosphate nur auf den 2. bis 3. Theil des Normalwerths vermindert. Auch die Harnsäure ist gewöhnlich vermindert; in einzelnen Fällen aber kann sie in normaler oder sogar in vermehrter Menge ausgeschieden werden, vornehmlich bei Kranken, die trotz ihrer Kachexie eine übermässige Menge von Nahrung einführen: hier ist der Organismus nicht im Stande, alle absorbirten Eiweisskörper bis zum normalen Endproduct, dem Harnstoff zu oxydiren. Bei Bleikranken ist also — eine Folge der Intoxication — die regressive Metamorphose herabgesetzt.

2. Die Menge des Harnfarbstoffs ist anfangs vermehrt, später vermindert. Bei allen Bleikranken sind in dieser Beziehung zwei wohlbegrenzte Phasen zu unterscheiden: im Anfang, im „activen" Stadium der Intoxication, das eine Dauer von 3 bis 20 Tagen hat, ist der Urin intensiv pigmentirt, gleichzeitig bildet sich allmählich, wegen des Untergangs der rothen Blutkörperchen, ein blasses Aussehen der Kranken aus, sehr häufig tritt auch eine leichte icterische Hautfärbung auf (Ictère hémaphéique). In der zweiten Periode ist der Urin sehr wenig gefärbt. Diese blassen Urine persistiren weiterhin, bis Heilung eintritt, wo dann die Färbung wieder intensiver, wieder normal wird. Bisweilen zeigt der Urin, nachdem er bereits eine Zeit lang blass war, stärkere Färbung, um bald darauf wieder blasser zu werden; und dieses Verhalten kann sich mehrmals wiederholen: es weist nach Verf. darauf hin, dass das in den Geweben fixirte Blei schubweise aus dem Körper eliminirt wird.

3. Bezüglich der Menge des ausgeschiedenen Urins sind ebenfalls zwei Perioden zu unterscheiden: in der ersten besteht Oligurie, gleichzeitig ist der Urin stark pigmentirt; nach einiger Zeit (im Mittel nach 10 bis 15 Tagen) tritt eine sehr reichliche Secretion eines blassen Urins auf, als deren Ursache nach Verf. wahrscheinlich eine Wirkung des Bleis auf das centrale Nervensystem anzusehen ist.

4. Ziemlich häufig besteht Albuminurie. Nach dem Vorgange von Bouchard unterscheidet Verf. 2 Arten von Albuminurie: das ausgeschiedene Eiweiss ist entweder retractil oder nicht retractil (erhitzt man einen Urin, in welchem durch eines der gewöhnlichen Mittel, z. B. durch Zusatz von Salpetersäure, das Eiweiss gefällt ist, so behält letzteres entweder sein Aussehen — nicht retractiles Eiweiss —, oder es zieht sich zusammen und häuft sich am Boden des Gefässes an — retractiles Eiweiss). Retractiles Eiweiss deutet nach Bouchard auf Läsionen der Nieren, nicht retractiles auf solche der allgemeinen Ernährung. Letzteres sei daher z. B. bei Bleivergiftung, bei Mercurver-

giftung, bei fieberhaften Zuständen häufig anzutreffen. Diese Art der Albuminurie fand Verf. bei Bleikranken in 20 Fällen 7 mal, sie dauerte nur kurze Zeit, höchstens 2 Wochen.

5. Die Ausscheidung des Jodkaliums durch die Nieren ist beträchtlich verlangsamt, um so mehr, je inveterirter die Intoxication ist. Anstatt, wie normal, im Mittel 3 Tage braucht sie 7 bis 23 Tage; ferner erfolgt sie bisweilen absatzweise.

Diese Verlangsamung der Ausscheidung von Medicamenten ist eine Folge der verlangsamten regressiven Metamorphose, die Saccadirung ist mit den successiven Entladungen von Harnfarbstoff (s. oben) in Parallele zu stellen.

Lüderitz (Jena).

---

504. **Wilhelm Ebstein** (Göttingen), **Weiteres über Diabetes mellitus, insbesondere über die Complikation desselben mit Typhus abdominalis.** (Deutsches Archiv f. kl. Medizin, Bd. XXX, p. 1—44.)

505. **August Deichmüller, Das Vorkommen der Diacetsäure-Spaltungsprodukte im pathologischen und physiologischen Organismus.** (Inauguraldissertation, Göttingen 1881.)

506. **A. Deichmüller, Ueber diabetische Acetonurie.** (Annalen der Chemie, Bd. 209, p. 22—30.)

507. **B. Tollens, Ueber Eisenchlorid rothfärbenden Harn.** (Ebenda p. 30—38.)

Die vorliegende Abhandlung E.'s, an welche sich die von demselben veranlassten Untersuchungen von T. und D. anschliessen, bildet im Wesentlichen eine Fortsetzung seiner im XXVIII. Bande des deutschen Archivs f. klinische Medizin, p. 143—242 unter dem Titel: „Ueber Drüsenepithelnekrosen beim Diabetes mellitus, mit besonderer Berücksichtigung der diabetischen Coma's" publicirte Arbeit (vgl. dies. Centr.-Bl. 1881, No. 17), auf welche daher vielfach verwiesen werden muss.

Zu einer genaueren Besprechung der Complikation des Diabetes mellitus mit Typh. abdominalis wurde E. dadurch bestimmt, dass einer seiner Diabetiker, und zwar höchst wahrscheinlich in Folge von Infection, im Hospital am Unterleibstyphus erkrankte.

Die Inhaltsangabe dieser Beobachtung lautet folgendermassen:

16j. männliches Individuum. Schwerer Diabetes. Nach Einleitung der diabetischen Diät tritt eine sich mehr und mehr steigernde Eisenchloridreaktion im Harne ein. Besserung des Befindens des Kranken. Nach nahezu dreimonatlichem Aufenthalt des Patienten im Krankenhause entwickelt sich ein „durch Fieberverlauf und alle sonstigen Symptome wohl charakterisirter Unterleibstyphus."

An die in ihrem Temperaturgange anfänglich normal erscheinende zweite Periode des Typhus, während dessen eine auffallende Zunahme der Eisenchloridreaktion stattfindet, und die Zuckerproduktion fortgeht, schliessen sich schwerer Collaps und tiefes Coma direkt an, in welchem der Tod erfolgt.

Der von T. und D. genauer untersuchte Urin ergab einen relativ reichlichen „Acetongehalt" (in 40 Litern 22,5 gr), Alkohol liess sich in dem Harn nicht nachweisen. Tollens versuchte durch Untersuchung an weiteren Diabetesfällen die Natur des mit Eisenchlorid die bekannte Farbenreaktion im Harn gebenden Körpers zu eruiren und kam betreffs der von ihm untersuchten Harne zu dem Schluss, dass der grösste Theil des mit Eisenchlorid die rothe Reaktion gebenden Körpers nicht Acetessigäther gewesen sei, da dieser Körper schon bei neutraler Reaktion des Harns durch Schütteln in den Aether hätte übergehen müssen. Weil dieser Körper nur bei Gegenwart von Säuren vollständig in den Aether übergeführt werde, müsse es sich (wenigstens zum allergrössten Theil) um eine saure Substanz, möglicherweise die bis jetzt nicht dargestellte „freie Acetessigsäure", handeln. Die in Rede stehende Substanz zersetzt sich beim Kochen und verflüchtigt sich, im Aether aufbewahrt, mit diesem. Was das Vorkommen von Jodoformbildenden Substanzen bei Nichtdiabetikern anlangte, so konnte sie D. auch im Urindestillat von Leuten, welche einige Tage lang keine Alkoholica genossen hatten, regelmässig nachweisen, desgleichen in der Respirationsluft. Ob diese Jodoformbildenden Körper Alkohol, Aceton oder Aldehyd sind, lässt D. unentschieden. Die „Sektion" des im Gefolge des Typh. abdom. unter den Erscheinungen des Comas gestorbenen Diabetikers bestätigte die Diagnose eines und zwar im Ablauf begriffenen Unterleibstyphus. Auch im Destillat des Gehirns fand D. reichliche Jodoformbildende Substanz. Die „Nierenepithelien" waren im Bereich der gewundenen Harnkanälchen verfettet, ferner fand sich in der Marksubstanz und zwar in den Henle'schen Schleifen (wahrscheinlich auf die oberen Schenkel derselben beschränkt) das Bild der „diabetischen Nierenepithelquellung" (hyaline Degeneration von Armoeni), endlich waren an umschriebenen Parthieen des „Nierenlabyrinths" die „Epithelien nekrotisch". E. nimmt an, dass in seinem mit Typhus abdom. complizirten Falle von Diabetes mellitus, ebenso wie den andern seither bekannt gewordenen (4) analogen Fällen, der Kranke nicht dem Typhusprozesse erlegen ist, sondern dem in Folge des Diabetes sich entwickelnden Coma. Indessen gibt er zu, dass der Typhus in sofern doch von einem erheblichen Einflusse auf den so schnell eintretenden Tod dieser Diabetiker war, als er dem Auftreten und der Entwicklung gewisser Stoffwechselanomalien Vorschub geleistet habe. Dafür spricht das dabei wiederholt constatirte, besonders intensive Auftreten der Eisenchloridreaktion im Harne. Dieser Eisenchlorid rothfärbende Körper steht in einer engen, wenn auch nicht absolut nothwendigen Beziehung zu gewissen verderblich wirkenden Stoffwechselprodukten beim Diab. mellitus. Ihr Auftreten im Harn und ihre Vermehrung, insbesondere bei Einleitung der diabetischen Diät, muss uns betreffs Fortführung derselben sehr vorsichtig machen. E. meint, dass auch im vorliegendem Falle das Coma auf toxisch wirkende Ursachen

zurückzuführen sei, wofür die relativ grosse Menge von Aceton und Jodoform bildenden Substanzen im Harn spricht; die Schwängerung des Gehirns mit den letzteren dürfte als Ursache des finalen hochgradigen Comas anzusehen sein. Auch die gefundenen nekrotischen Prozesse in den Nieren führt Verf. auf die gedachten toxischen Ursachen zurück.

Ausserdem theilt E. die Geschichte einer früher angeblich stets gesund gewesenen, 64j., wohlgenährten Patientin mit, welche wegen der, entsprechend einer „schrundigen Stelle" des Fusses, sich entwickelnden Gangrän, die sich rasch über den Unterschenkel verbreitete, chirurgische Hülfe nachsuchte. Der Urin war nicht vermehrt, später stark vermindert, enthielt eine mässige Menge von Zucker und einen Eisenchlorid violettbraun färbenden Körper. Der Harn enthielt reichlich Jodoformbildende Substanz, und Tollens nahm auch hier keinen oder nur Spuren von Acetessigäther im Harn, sondern einen sauren Körper, möglicherweise freie Acetessigsäure, als Ursache der Eisenchloridreaktion an. Nachdem die Amputation des brandigen Unterschenkels im Gesunden vollzogen war, machte die Gangrän am Stumpfe weitere Fortschritte und der Tod erfolgte unter den Symptomen der Insufficienz des Myocardium. Die „Sektion" ergab als wesentliche Veränderungen „Verfettung des Herzmuskels, Niereninfarkte und Atherose des Aortensystems". Die „mikroskopische" Untersuchung ergab ausgedehnte „Nierenepithelnekrose" (auch ausserhalb des Bereichs der Infarkte) und „gleichartige Veränderungen der Leberzellen". E. hält auch wie bei seinen früheren Beobachtungen, die hier vorliegenden Epithelnekrosen für vorzugsweise „toxische", bedingt durch die früher charakterisirten qualitativen Veränderungen der Säftemasse, für deren Anwesenheit die Beschaffenheit des Harns spricht, weder das Fettherz noch die Atherose spielen beim Zustandekommen dieser aseptischen Drüsenepithelnekrose eine ausschlaggebende Rolle. Von dieser Veränderung der Säftemasse nimmt E. ferner an, dass sie dadurch auch dem Zustandekommen der Gangrän Vorschub geleistet habe, dass die in ihr aufgespeicherten Noxen die Gewebe des Beins, wie alle übrigen, zum Mindesten weniger widerstandsfähig gemacht haben. Albuminurie war übrigens bei keinem der hier berichteten beiden Fälle vorhanden.

E.

508. **Cohnheim** und **v. Schulthess** (Rechberg), **Ueber die Folgen der Kranzarterienverschliessung für das Herz.** (Virch. Arch. Bd. 85. S. 503.)

Bezold und Samuelson hatten bei Abklemmung der Coronararterien bei Kaninchen gesehen, dass bei andauerndem Verschluss das Herz schliesslich ganz stille steht, dass in jeder Hinsicht der linke Ventrikel den Anfang macht und eher erlahmt als der rechte, dass ferner nach Wiederaufhebung der Abklemmung das Herz wieder zu schlagen beginnt. In anderen Punkten stimmten jene nicht überein.

Zur Wiederholung dieser Versuche regte die Verfasser auch der Umstand an, dass es bei Kaninchen der tiefen Lage der Kranzarterien in der Muskulatur wegen nur schwer möglich ist, dieselben in den Bereich des Experimentes zu ziehen, dass es aber bei Hunden sehr leicht möglich ist, die ganz oberflächlich gelegenen Arterien zu comprimiren, resp. zu umschnüren und zu unterbinden. Die Hunde wurden zu dem Zweck curarisirt, die Athmung künstlich unterhalten, dann das Herz durch Rippenresection in grosser Ausdehnung freigelegt und die Arterien abgebunden. Die Contractionen des Herzens wurden durch ein an der Carotis oder femuralis angebrachtes Kymographion aufgezeichnet. Folgendes waren die Resultate: Anfänglich äusserte die Unterbindung eines der grossen Coronaräste keinen unmittelbaren Einfluss auf die Herzthätigkeit, d. h. in den ersten 30—40 Sekunden. Erst gegen das Ende der ersten Minute setzten einzelne Pulse aus, dann wurde das Schlagen der beiden Herzhälften arhythmisch und dazu gesellte sich eine Verlangsamung der Schlagfolge, letztere aber war nicht entfernt so auffallend, wie die Unregelmässigkeit, ja sie fehlte oft ganz. Während der ausgesprochenen Arhythmie stellt sich dann gewöhnlich eine wenn auch nur geringe Blutdruckverminderung ein, im Gegensatz zu den Versuchen von Bezold und Samuelson, die gleich ein Abfallen des Blutdruckes sahen. Das Auffallendste aber war, dass nun plötzlich das zwar unregelmässig, aber noch kräftig schlagende Herz gänzlich stillstand. Dieses plötzliche Aufhören der Herzcontractionen erfolgte nach ca. 105 Sekunden in der Diastole und nach weiteren 10—20 Sekunden trat nun eine lebhafte wühlende, flimmernde Muskelbewegung ein. Der Herzstillstand geschah in beiden Ventrikeln absolut gleichzeitig und wenn er eingetreten war, gelang es auf keine Weise, noch irgend eine Contraction des Herzmuskels auszulösen, ebenfalls also im Gegensatz zu Bezold und Samuelson. Es fragt sich nun, wodurch alle diese Folgezustände bedingt werden, ob es der Mangel an sauerstoffhaltigem Blut ist, der das Herz zum Stillstand bringt. Aus verschiedenen Gründen kommen die Verfasser zu dem Ergebniss, dass dieser Sauerstoffmangel es nicht ist, der jene Folgen bedingt, sondern dass die Anhäufung eines durch die fortdauernde Muskelarbeit gebildeten giftigen Stoffwechselproduktes die Veranlassung jener Erscheinungen bildet. Zwar war es nicht möglich die Kohlensäure verantwortlich zu machen, denn die Abklemmung aller grossen Herzvenen hatte nur kolossale Stauung aber doch sehr lange Zeit andauernde unveränderte Herzthätigkeit zur Folge. Aber andere Erscheinungen liessen sich in jenem Sinne verwerthen. Bei Kaninchen liefen nun die Versuche nicht mit der Sicherheit wie bei den Hunden ab, aber in einem Drittel der Fälle fielen sie ebenso exact aus. Im Allgemeinen erlagen kräftigere Herzen jenen Versuchen eher, als schwächere oder solche, an denen schon längere Zeit experimentirt wurde. Verfasser glauben, dass die oft räthselhaften Todesfälle bei Sclerosen und Thrombosen der Coronararterien sich auf Grundlage dieser Versuche werden von jetzt an leichter erklären lassen.

Ribbert.

509. **Dr. Edward Bull** (Oberarzt in Christiania), **Zur Frage über die Operationen bei Lungenkrankheiten.** (Nord. Med. Arkiv 1881, Bd. XIII, No. 17.)

Operationen im Gebiete der sogenannten „inneren“ Medicin werden stets häufiger. Bei Lungenkrankheiten sind sie bisher nur selten gewagt worden; der Verf. glaubt aber, dass sie sich auch hier künftig ein grösseres Feld erobern werden. Zur Beleuchtung der Frage theilt Verfasser zwei Fälle aus seiner Abtheilung im Reichshospitale zu Christiania mit:

1. Circumscripte Lungengangrän — Operation — Heilung.

23 jähriges Dienstmädchen. Nov. 1880 putride Bronchitis; Mitte Dec. begrenzte Infiltration nach vorne im oberen Lappen der linken Lunge. 2. Januar 1881 Empfindlichkeit im vierten Interkostalraume nach aussen von der Papille. 4. Januar beginnende Effusion in der linken Pleura nach hinten und unten, schnell anwachsend; Exsudat serös (Probepunktion); nach Mitte Januar Effusion wieder abnehmend. Ueber die empfindliche Stelle im 4. Interkostalraume Geräusch des gesprungenen Topfes und Gargouillement bei der Percussion; bei der exploratorischen Aspiration stinkende Jauche. Gangränöse Sputa.

Es lag also eine begrenzte gangränöse Höhle vor, nahe der Brustwand gelegen und mit dieser verwachsen (Empfindlichkeit — Gargouillement — gleichzeitige seröse Pleuritis).

Nach der Explorativpunction der Caverne entwickelte sich eine schmerzliche Infiltration der Bedeckungen und Hautemphysem der linken Brusthälfte. 24. Januar wurde eine Incision gemacht; nach hinten von der Brustdrüse fand sich eine Unterminirung mit jauchigem Inhalt; im 4. Interkostalraume nach aussen von der Herzspitze wurde mit stumpfen Instrumenten die Brustwand durchbohrt; durch die Oeffnung wurde ein schwammiges, morsches Gewebe gefühlt. Vorsichtige Ausspülung mit Carbolwasser; Drainage. Nachmittags eine kleine Haemoptyse. In den folgenden Tagen schnelle Besserung; spärliches geruchloses Expectorat; wenig Ausfluss aus der Wunde. Dann kamen neue kleine Haemoptysen mit stärkerem Fieber und Infiltration in der linken Lunge nach hinten; die Sputa wurden wieder stinkend; von Mitte Februar Reconvalescenz; zuletzt vollständige Heilung.

Als Gegensatz theilt Verf. folgenden Fall mit:

2. Lungenabscess — Tod durch plötzliche Berstung — Suffocation.

54 jähriges Weib. 2. April 1881 Pleuropneumonie im rechten Unterlappen; 6. April Infiltration im linken Oberlappen. Die erste Infiltration wurde resolvirt; die zweite blieb. 13. April stinkende puriforme Sputa. Nach und nach zweifelhafte physikalische Zeichen einer Caverne im linken Oberlappen nach vorn. 10. Mai Nachts erwachte Patientin mit Schreien, Husten und starb schnell suffocatorisch, indem die Luftwege mit Pus vollgestopft wurden, wie sich bei der Section bestätigen liess. Es fand sich im oberen Lappen der linken Lunge ein grosser Abscess; vollständige Verwachsung mit der Brustwand; der Abscess lag nach vorn ganz oberflächlich.

Eine Operation wäre sehr leicht gewesen und hätte wenigstens für einige Zeit das Leben gerettet. Die Frage, hier operativ zu verfahren war auch aufgeworfen; aber eine periculum in mora schien nicht vorhanden zu sein, und die Diagnose war etwas unsicher, weil die Höhle mit Pus beinahe gefüllt war (höchst unvollständige Entleerung durch die Bronchien) und daher keine ausgesprochenen Cavernensymptome gab. Eine Probepunction hätte Aufklärung gebracht und wäre ohne die unerwartete Katastrophe in den nächsten Tagen gemacht worden. Der Fall spricht ebenso zu Gunsten der Operation wie der erste.

Die spärliche Literatur ist angeführt [1]). In Anbetracht dieser und der zwei mitgetheilten Fälle bespricht Verf. verschiedene Punkte, die sich bei der Frage von Anlegung einer künstlichen Lungenfistel darbieten.

Die pathologischen Veränderungen in den Lungen, die Gegenstand einer solchen Operation werden können, sind allerlei Höhlenbildungen: abgegrenzte gangränöse Herde, Lungenabscesse, phthisische und bronchiectatische Cavernen.

Die zwei ersten können vollständig geheilt werden, wenn der Substanzverlust nicht zu gross ist und wenn die übrigen Lungenparthieen gesund oder heilbar sind; bei grossen Höhlen dürfte ein bleibender Fistel vielleicht nicht immer zu vermeiden sein. Das Leben kann bei bedeutender Gangrän und bei grossen Lungenabscessen durch längere Zeit bewahrt werden, indem sich eine pusabsondernde, abgeplattete, bleibende Höhle bildet mit periodischer Entleerung durch Hustenanfälle; für den Kranken muss es aber entschieden besser sein, dass die Höhle einen stetigen Ausfluss durch die Brustwand hat, dass die Luftwege frei bleiben; die stets drohende Dekomposition des Höhleninhaltes wird dadurch am besten verhindert. Es ist bekannt genug, dass sowohl Gangrän als Abscess der Lunge ohne Operation heilen kann; der Verf. hat aber doch die Meinung, dass, wenn der konkrete Fall operabel ist, dann auch Operation indicirt sei; ein längeres Warten bringt nur die Kräfte zum Sinken und erlaubt den localen Processen sich auszubreiten. Selbst wenn der Tod zuletzt auch nach der Operation eintreten sollte, ist diese doch als palliativ indicirt.

Finden sich in der Lunge mehrere Höhlen, entweder isolirt oder mit einander communicirend, dann wird der endliche Ausgang von den concreten anatomischen Verhältnissen abhängig sein, und diese lassen sich nicht im Voraus klinisch diagnosticiren. Viele Fälle, in welchen die Operation unbedingt indicirt ist, werden daher zuletzt doch zu Grunde gehen, weil die Hülfe unzureichend ist. Dieses Raisonnement muss erwähnt werden, damit man nicht zu grosse Hoffnungen mit der Operation verknüpft, und auch damit man bei eventuellen Täuschungen nicht ungerecht dieselbe verwirft.

---

1) Erst nachdem die Abhandlung gedruckt war, ist dem Verf. eine Arbeit von C. Fenger u. J. H. Hollister zugegangen: Opening and drainage of Cavities in the lungs; American Journal of the medieal sciences for October 1881. In dieser Arbeit, die sich auf einen Fall von Echinococcus der Lunge durch Operation geheilt stützt, werden sehr ähnliche Anschauungen wie die des Verfassers vertreten.

Phthisische und bronchiectatische Cavernen werden wahrscheinlich seltener zu einer chirurgischen Behandlung auffordern, und die Indicationen hier festzustellen wird viel schwieriger sein. Da sich gewöhnlich hier viele Höhlen finden und ausserdem ein progressives constitutionelles Leiden, wird eine oder ein paar Oeffnungen durch die Brustwand kaum grossen Vortheil bringen; nur bei einzelnen grösseren Hohlräumen mit stagnirendem Inhalt, wo die Entleerung beim Husten die Kranken belästigt, könnte die Operation von Nutzen sein. Bei phthisischen Cavernen würde eine permanente Fistel zu erwarten sein; bei Bronchiectasien liesse sich eher eine Obliteration, und dadurch eine radicale Heilung, erwarten.

Damit eine Lungencaverne operabel sei, muss sie oberflächlich situirt sein; tiefere Höhlen lassen sich nicht genügend scharf bestimmen und ohne Gefahr nicht erreichen. Verwachsung der Pleurablätter über die Caverne ist selbstverständlich von der grössten Bedeutung; diese Verwachsung mit Sicherheit im Voraus zu erkennen, kann schwierig sein [1]); wenn die Krankheit nicht zu stürmisch verlaufen ist, lässt sie sich erwarten. Bei schnellem Krankheitsverlauf, besonders bei Gangrän, muss man darauf vorbereitet sein, offene Pleurahöhle zu finden. Der Verf. sieht jedoch diesen Umstand nicht als absolute Contraindication an, wo das Leben stark bedroht ist; er räth, die Brustwand über der Caverne zu öffnen und wenn Verwachsungen überall fehlen, kommt ein Pneumotorax zu Stande; berstet dann die gangränöse Höhle in den Pleurasack, so macht man eine Contraöffnung und behandelt den Fall wie ein Empyem. Sind Verwachsungen zwischen den Pleurablättern da, nur über der Caverne nicht, dann liesse sich vielleicht eine Trokarcanüle durch die Schnittöffnung in die kranke Lungenparthie hineinbringen, die man vorläufig liegen lassen könnte; ginge das nicht, müsste man nach den Prinzipien der Empyemoperationen vorgehen.

Bei verwachsener Pleura ist die Operation selbstverständlich sehr einfach. Eine Probepunction ist gewöhnlich ohne Gefahr; bei unzweifelhaften Cavernen ist sie weniger nöthig; bei Cavernen mit Fluida vollgepfropft ist sie für die Diagnose absolut nothwendig; bei leeren Cavernen wird man in der Aspirationsspritze Gasarten erhalten, vielleicht von fötidem Geruch.

Bei fehlender Verwachsung — jedenfalls wo dieselbe unsicher wäre — könnte man, wo kein periculum in mora vorlag, versuchen, mit Aetzmitteln die Brustwand zu perforiren, um Verwachsungen zu Stande zu bringen.

Strenge Antiseptik während der Operation scheint dem Verf. unnöthig, weil man nicht die Zimmerluft durch die Luftwege einzudringen verhindern kann. Irrigation der Höhle muss sehr vorsichtig gemacht werden, damit man nicht Blutung oder Irritation hervorruft. Dieselbe Vorsicht ist mit dem Drainrohre wahrzunehmen, besonders bei Lungen-

1) Fenger und Hollister theilen eine einfache Methode mit, die Verwachsung der Pleurablätter zu diagnosticiren: eine eingebrachte Nadel wird bei Verwachsungen still stehen während der Respiration; im entgegengesetzten Falle wird sie sich mit der Respiration synchronisch bewegen.

gangrän, wo sich häufig keine eigentliche Höhle findet, sondern nur eine mehr oder weniger eingefallene, morsche Lungenparthie; bei chronischen Cavernen und Abscessen dagegen finden sich ordentliche Hohlräume, wo die Drainröhren Platz haben. — Rippenresection dürfte bisweilen nöthig werden um die Oeffnung zu bewahren, oder um ein Zusammensinken der Brustwand möglich zu machen, ganz wie bei Empyem.

Die Fragen sind alle vorläufig neu und Erfahrungen fehlen; die Operation ist in das medicinische Bewusstsein noch nicht eingedrungen. Der Verf. ist aber der Meinung, dass die Zeit nicht fern ist, wo die Anlegung einer künstlichen Lungenfistel als eine, gewiss seltene, aber doch legitime Operation bei Lungenkrankheiten betrachtet werden wird.

B.

---

510. **G. M. Fiori, Dell' influenza dei preparati di iodio sulla quantità dell' urea nelle urine.** Ueber die Wirkung der Jodpräparate auf die Harnstoffmenge im Harne. (Gazetta delle cliniche di Torino Nro. 34. 1879.)

511. **G. M. Fiori e S. Fubini, Influenza del ioduro di potassio sulla peptonificazione dell' Albume d'uovo.** Ueber die Wirkung von Jodkali auf die Peptonification des Eiweisses. (Gazzetta delle cliniche di Torino No. 34. 1879.)

Um die Wirkung der Jodpräparate auf die Harnstoffmenge des Harnes, und folglich auf den organischen Stoffwechsel zu bestimmen, stellte Fiori zahlreiche Beobachtungen am Menschen an. Aus diesen ergab sich, dass in den meisten Fällen nach Gebrauch der Jodpräparate Zunahme, in wenigen Fällen Abnahme der Harnstoffmenge stattfand. Um diesen scheinbaren Widerspruch zu erklären, bemerkt Verf., dass, da der Harnstoff des Harnes theils auf der Oxydation der Gewebe (organisches Albumin), theils auf dem Umsatz der als Nahrungsmittel eingeführten, verdauten, aber nicht organisirten Eiweisssubstanzen (circulirendes Albumin) beruht (Voit), seine Quantität nothwendig im Verhältnisse zu diesen zwei Factoren stehen muss. Deswegen, ceteris paribus, wird die Gesammtmenge des abgesonderten Harnstoffes mit der Abnahme des circulirenden Albumins sich vermindern, wenn auch der aus der einzigen Oxydation der Gewebe herrührende Harnstoff zunahm, aber die Zunahme geringer als die Abnahme gewesen ist. F. vermuthete also, dass die Jodpräparate direct die physiologischen Verdauungsprocesse im gastroenterischen Kanale behindern oder verspäten, und folglich Abnahme der Menge des circulirenden Albumins bewirken. Um diese Hypothese zu bestätigen, prüfte F. in Gemeinschaft mit Prof. Fubini am Hunde mittelst gastrischer Fisteln die directe Wir-

kung von Jodkali auf Eiweiss. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen waren, dass wirklich die Jodpräparate den Peptonificationprocess der Eiweisssubstanzen behindern oder stören können, ohne die Bedingungen der gastrischen Schleimhaut zu verändern. Daraus folgt, dass Jodkali und Jodnatrium, indem sie die Menge des circulirenden Albumins vermindern, auch die aus derselben herrührende Harnstoffmenge verkleinern. — Wie also in den meisten Fällen der am Menschen angestellten Untersuchungen nahm die tägliche Harnstoffmenge nach Jodkaligebrauch ab. F. schliesst, dass die Menge des auf dem Umsatz des organischen Albumins beruhenden Harnstoffes nach Gebrauch der Jodpräparate zunimmt, d. h. dass diese Präparate den Stoffwechsel vermehren.

Mya (Turin).

512. **Heydenreich** und **Beilstein** (Petersburg), **Ueber die Werthbestimmung von Desinfectionsmitteln.** (Deutsche Vierteljahrsschr. für öffentl. Gesundheitspfl. 1881. 257—268.)

Die Versuche der Verfasser über den Werth von Desinfectionsmitteln bezweckten, die Minima verschiedener Mittel kennen zu lernen, welche nöthig sind, um in faulenden Flüssigkeiten die mikroskopischen Organismen zu tödten. Die Bakterien sind hiebei nur dann als todt anzusehen, wenn sie in geeignete Nährlösungen übertragen nicht wieder aufleben. Die Versuche lehren, dass nur mit Körpern von saurer Reaction eine zuverlässige Desinfection möglich ist. Nächst den Säuren ist die schwefelsaure Thonerde das wohlfeilste und beste Mittel. Es genügt natürlich die billige rohe schwefelsaure Thonerde, von welcher bei genügend langer Einwirkung ein Zusatz von 4% viel sicherer wirkt als z. B. ein Zusatz von 15% Eisenvitriol. Thonerdesulfat genügt indess allein nicht zur Desodorisirung; um auch diesen Zweck zu erreichen, ist Zusatz von etwas Carbolsäure zur schwefelsauren Thonerde zu empfehlen.

Wolffberg.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 22. December. Nro. 37.

513. **Arloing, Cornevil et Thomas, Sur la cause de l'immunité des adultes de l'espèce bovine contre le charbon symptomatique ou bactérien, dans les localités où cette maladie est fréquente.** Ueber die Ursache der Immunität erwachsenar Rinder gegen den Milzbrand. (Comptes rendus T. XCIII. Nr. 16.)

Vielfach ist von Thierärzten bemerkt worden, dass der Milzbrand besonders die jungen, 1—2 jährigen Rinder befällt. Thiere, die in einer Milzbrandgegend geboren und bis zu einem gewissen Alter von der Krankheit verschont geblieben sind, bleiben auch weiterhin immun. Bekommen in einer solchen Gegend ältere Thiere die Krankheit, so lässt sich feststellen, dass sie von anderswoher importirt worden waren.

Die Erklärung für diese Thatsache suchen die Verf. im Folgenden: die Mehrzahl der jungen in einem Infectionsherde lebenden Thiere inficiren sich spontan mit sehr verschieden grossen Dosen des Virus; die mit starker Dosis sich inficirenden Thiere ziehen sich eine tödt-

liche Krankheit zu, während die Thiere, die sich mit kleiner Dosis inoculiren, nur leichte Abortivkrankheiten davongetragen, dadurch jedoch sich gegen spätere schwere Infectionen immun machen.

Diese Erklärung wird gestützt durch folgende Experimente. Drei Thieren — einer 10jährigen aus einem Milzbrandbezirke stammenden Kuh, einer 9jährigen aus einem ähnlichen Herde stammenden Kuh, und einer neunjährigen Kuh, die aus einer seit 18 Jahren von Milzbrand verschonten Gegend herrührte — wurde die gleiche Dosis von Milzbrandgift eingeimpft: die beiden zuerst genannten Thiere blieben gesund, das dritte Thier ging nach 51 Stunden an Milzbrand zu Grunde. Einige Monate später wurden die beiden überlebenden Rinder zusammen mit einem 6monatlichen Stier von Neuem geimpft, dasselbe Resultat: nur das junge Thier starb.

Lüderitz (Jena).

---

514. **Dr. Kahler** (Prag), **Erfahrungen über Glycosurie bei Kohlenoxydvergiftungen.** (Prag. med. Wochenschrift No. 48 u. 49, 1881.)

Der erste Fall, den K. beschreibt, betrifft eine Frau, die durch ca. 9 Stunden in einer mit Kohlendunst erfüllten Stube sich befand und unter schweren Vergiftungserscheinungen eingebracht wurde. Der in den ersten 24 Stunden nach Entfernung aus der CO-Atmosphäre in der Blase angesammelte Harn (1200 ccm) enthielt 10,8 gr Zucker. Die Glycosurie hielt nur 24 Stunden an; der Harn war eiweissfrei.

Der zweite Fall mit Vergiftungserscheinungen mittlerer Intensität zeigte in dem 3 Stunden nach Entfernung des Kranken aus der schädlichen Atmosphäre entleerten Harn Zucker in der Menge von 0,06 %, nach weiteren 7 Stunden nur mehr 0,51 %.

Am nächsten Tage ist kein Zucker mehr nachzuweisen. Die Gesammtmenge des im Verlaufe der Glycosurie entleerten Harnes betrug beiläufig 4 gr, keine Albuminurie. — In beiden Fällen Genesung.

Ausserdem beobachtete K. in 2 Fällen von Leuchtgasvergiftung ein vorübergehendes leichtes Rechtsdrehungsvermögen des Harns.

Bei Besprechung der Therapie bei CO-Vergiftung spricht Verf. nebst Reizmitteln der Vornahme ausgiebiger Blutentziehung das Wort, indem durch diese, wie experimentell nachgewiesen ist, die Neubildung der rothen Blutkörperchen mächtig angeregt werde.

E. Schütz (Prag).

---

515. **Dr. H. Möller, Versuche über Darminfusion von Thierblut.** Aus der Greifswalder medicinischen Klinik. (Deutsche medicinische Wochenschrift. No. 45. 1881.)

A. Ernest Sausom macht in der Lancet 1881. Febr. 26. Bd. 1. No. IX. S. 322 den Vorschlag, bei Unmöglichkeit der Nahrungszufuhr per os statt der üblichen Klystiere von künstlich aufgelösten Fleischsäften solche von Thierblut zu nehmen. Um die Zweckmässigkeit dieses Verfahrens zu prüfen, machte M. in der Klinik des Herrn Professor Dr. Mosler mehrere Versuche und theilt die Resultate mit.

Verf. bezweifelt zuerst die Ansicht des A. Ernest, nach dem das Blutklysma ebenso rasch neues Blut z. B. einem Verbluteten spendete, als die Transfusion. Wenn auch nach A. Ernest das Blut vom Rectum und S. romanum durch retrograde Peristaltik über eine 3 Fuss grosse Strecke der Darmschleimhaut verbreitet würde und so zur schnellen Resorption gelangte, so sei es doch völlig unzulässig anzunehmen, dass das Serum und die rothen Blutkörperchen als solche aufgesogen würden, und so sogleich als integrirende Bestandtheile das Blut des Empfängers bilden helfen. Ja und wenn es geschähe, so würde dies nur zum grössten Schaden gereichen, da die fremden rothen Blutkörperchen und das fremde Serum die rothen Blutkörperchen des Menschen zum Zerfall bringen würden.

Einen misslichen Punkt hebt Verf. noch hervor, dass nämlich die Hälfte von den infundirten 150—200 gr Blut selbst noch nach 24 Stunden mit dem Stuhl entleert werden und wenn Smith beim Gebrauch von Ochsenblut diesen Umstand nicht erwähnt, während der Verf. sich Schweineblutes bediente, so ist es kaum anzunehmen, dass das Ochsenblut ein grösseres Resorptionsvermögen besitze; würde doch nicht einmal menschliches Blut, welches z. B. nach Magenblutungen den ganzen Verdauungstractus passire, vollständig resorbirt.

Der grösste Vortheil der neuen Methode liegt in der grossen Billigkeit gegenüber den theuern Preisen der bisher üblichen künstlichen Ernährungssäfte.

Die erste Reihe von Versuchen bezweckte festzustellen, welchen Einfluss die Infusionen auf den Patienten haben und wie sie am besten angestellt werden.

Es wurde defibrinirtes Schweineblut benutzt, das auf Körpertemperatur gebracht war. Der Rest nach einem jeden Versuch wurde mit Eis kalt gestellt und auf 1000 gr 10 gr Chloralhydrat zur besseren Konservirung zugefügt.

I. Fall. Mädchen von 32 J. leidet nach überstandener Bronchitis an starker Anaemie. Am 25. März hatte sie vier katarrhalische Stuhlgänge, bekam Abends und ebenso den 26. Morgens ein Darmrohr mit Kochsalzlösung. Um 10 Uhr Morgens wurden ihr 150 gr Blut eingeführt, nachdem sie vorher 3 Stuhlgänge hatte.

Nach dem Darmrohr keine Schmerzen, kein Unbehagen. Um 1 Uhr und Abends 8 Uhr entleerte sie zwei blutige Stühle; in dem ersten war das Blut noch fast unverändert; der zweite roch stark fäculent.

II. Fall ist ganz ähnlich. Ein durch längeres Lungenleiden heruntergekommener Knabe, 10 J. alt, der ebenfalls katarrhalische Stuhlgänge hatte, bekommt 10 Uhr Morgens nach denselben Vorbereitungen mit Darmrohr und Kochsalzlösung 150 gr Schweineblut. Um 1 Uhr und 3 Uhr zwei Stühle, völlig gleich den beiden obigen. Ein Versuch mit 100 gr liefert dasselbe Resultat.

Verf. macht aus diesen beiden Versuchen den Schluss, dass bei Enteritis die Blutinfusion zwar nicht schädlich, doch wegen erschwerter Resorption erfolglos sein.

Der III. Versuch wurde mit einem 28jährigen Manne angestellt, der an Gastritis chronica litt. Nach denselben Vorbereitungen wurden ihm am 26. März 11 Uhr Morgens 150 gr Blut infundirt. Gegen Abend erfolgte ein meist dunkel, stellenweise schwarz gefärbter, stinkender, brandiger Stuhl. Auf das anderen Tages Morgens 11 Uhr gegebene Klysma von 100 gr erfolgte erst am 29. ziemlich normaler Stuhlgang, stellenweis dunkel gefärbt. Auf ein Klystier, das um 1 Uhr desselbigen Tages ebenfalls von 100 gr gesetzt wurde, erfolgte dieselbe Nacht schwarzer brandiger Stuhl. In den vorhergehenden Fällen konnten durch das Mikroskop reichliche rothe Blutkörperchen in den Stühlen nachgewiesen werden, in letzterem Versuch nur wenige.

Eine Reihe von Versuchen mit mehr Blutflüssigkeit als 150 gr gaben schlechtere Resultate und bewogen Verf., nie mehr als 150 gr zu infundiren.

Bei einer Reconvalescentin n. Typhus beobachtete M., dass durch Erwärmung des Blutes die Resorption nicht befördert werde und so wurde später stets kaltes Blut angewandt.

Im Urin zeigte sich blos das Indican vermehrt.

In einer 2. Reihe von Untersuchungen suchte M. die Resorption eines gewissen Quantums des infundirten Blutes nachzuweisen.

Hunde wurden bei vollständiger Ruhe stets gleichmässig gefüttert und die 24stündige Harnstoffmenge bestimmt. Nach Infusion von 100 gr defibrinirten Schweineblutes stieg die Harnstoffmenge durchschnittlich um 6,679 gr.

Analoge Resultate wurden bei einem Menschen erzielt. Nach den Klystieren hob sich die 24st. Harnstoffmenge um durchschnittlich 4,534 gr.

Bei einem hungernden Hunde betrug das Plus an Harnstoff im Mittel 3,349 gr.

Die 3. Reihe von Versuchen sollte zeigen, wie länger fortgesetzte Blutklystiere auf geschwächte Individuen wirken.

Ein stark anämischer 55j. Arbeiter mit gestörter Verdauung erhielt 4 Wochen lang täglich 150 gr Blut. Sein Allgemeinbefinden besserte sich, die Hautfarbe wurde frischer und die Zahl der rothen Blutkörperchen nahm zu.

Ein 46 J. altes äusserst anämisches und elendes Individuum erhält dasselbe Quantum neben kräftiger leicht verdaulicher Nahrung. Nach 20 Tagen hatte es 5 Pfd. zugenommen, die rothen Blutkörperchen vermehrt, sein Befinden ein gutes. Von nun ab trat sein früheres Nasenbluten wieder ein und unter dem Mikroskop zeigten die rothen Blutkörperchen auffallende contractile Bewegungen, nach einigen Tagen

unzählige Trümmer. Nach weiteren c. 20 Tagen hatte er wieder 4 Pfd. abgenommen.

Auch im 3. Fall dienten die Blutklystiere hauptsächlich zur Hülfsernährung und Restaurirung der Kräfte; nur 7 Tage lang, in denen Pat. 7 Pfd. abnahm, wurde er allein damit erhalten und so der Magen geschont.

3 Parallelfälle von Ernest ergaben dieselben Resultate unter ganz ähnlichen Verhältnissen.

Verf. kommt zu dem Resultate, dass diese Blutklystiere als Hülfsernährung zu verwerthen und wegen ihrer Billigkeit den künstlichen Ernährungssäften vorzuziehen seien, ohne sie aber an Leistungsfähigkeit zu übertreffen.

Menche.

---

516. **Nothnagel, Durst und Polydipsie.** (Virch. Arch. Bd. 86. S. 435.)

Das Durstgefühl wird bekanntlich verlegt in den Anfang des Verdauungsapparates. Es fragt sich nun, ob es immer von hier ausgeht, oder ob es auch durch centrale Ursachen erregt werden kann. Sehr instruktiv ist in dieser Richtung der mitgetheilte Krankheitsfall. Ein sehr kräftiger 35jähr. Mann wurde von einem Pferde gegen die linke Bauchseite geschlagen, fiel nach hinten über und schlug mit dem Hinterkopf auf den harten Erdboden. Die Besinnung verlor er in Folge hiervon nicht, aber es wurde ihm dumpf im Kopf. Längstens eine halbe Stunde nach dem Unfall verspürte Patient heftigen Durst, so dass er in den nächsten Stunden bis zu seiner Aufnahme in die Klinik sehr viel trank. Erst $2^1/_2$ Stunde nach dem Unfall erfolgte die erste Urinentleerung. In der ersten Zeit in der Klinik waren beide Pupillen sehr eng, reagirten aber; daneben bestand Schmerz im Hinterkopf. Patient blieb 18 Tage im Krankenhause, hatte während dieser Zeit ausserordentlich viel Durst, (er trank anfangs bis zu 18 Liter Wasser täglich), der durch Eisstückchen nicht gebessert wurde, die ganze Haut war stets mit Schweiss bedeckt, der Harn enthielt weder Eiweiss noch Zucker, es trat niemals Fieber ein. Hier liegt also ein Fall von unzweifelhafter primärer Polydipsie vor. Der Durst war zuerst da, dann erst die davon abhängige Polyurie und die abnorm grosse Schweisssecretion. Und ebenso unzweifelhaft war dieses Durstgefühl durch centrale Momente veranlasst, denn die durch den Schlag auf den Bauch bedingte Schmerzhaftigkeit schwand bald und auch sonst wurde ein Grund für das Durstgefühl nicht gefunden. Eine genauere Localisation des „Durstcentrums“ ist allerdings aus dieser Krankengeschichte unmöglich. Aber sie beweist, dass primäre Polydipsie vorkommt und dass also das Durstgefühl nicht immer aus Wasserarmuth der Gewebe zu entspringen braucht.

Ribbert.

517. **Dr. Schenkl** (Prag), **Casuistischer Beitrag zur Association der Worte mit Farben.** (Prag. med. Wochenschrift No. 48, 1881.)

Der Fall, den Verf. mittheilt, betrifft eine intelligente Dame, die keinerlei nervöse Störungen darbot; dieselbe hatte die Eigenthümlichkeit, keinen Eigennamen hören zu können, ohne dass bei ihr sofort die Vorstellung einer Farbe entstünde. Die Farbe, die sie bei Nennung jedes beliebigen Eigennamens, gleichgiltig in welcher Sprache, empfindet, ist niemals rein oder sehr lebhaft, sie bezeichnet sie z. B. als braungelb, grauroth, verwaschen violett, bläulichgrau u. s. w. Zu bemerken ist, dass bei mehrern Familienmitgliedern desselben Eigennamens jedes einzelne Mitglied der Familie in Verbindung mit dem Taufnamen des betreffenden jedesmal eine andere Farbe bei ihr hervorruft. Die Erscheinung besteht seit der frühesten Kindheit. Für diesen Fall scheint nach Verf. dieselbe Erklärung zuzutreffen, die Kaiser (Compendium der physiologischen Optik, Wiesbaden 1872) für den von ihm beobachteten Fall gab, dass nämlich die betreffende Person in ihren Kinderjahren die Worte mit Beihülfe ihrer Einbildungskraft im Gewande gewisser Farben ihrem Gedächtnisse eingeprägt habe.

E. Schütz (Prag).

---

518. **Dr. C. M. Brosius, Aus meiner psychiatrischen Wirksamkeit. Eine zweite Adresse an die praktischen Aerzte.** 58 S.

Indem der Verf. zum Zwecke der richtigen Prognose und Behandlung die Wichtigkeit betont, sich nicht mit der Subsumirung einer Geisteskrankheit unter einen der üblichen Krankheitsnamen zu begnügen, vielmehr sich ein getreues Bild von dem Gesammtzustand des Kranken und der anamnestischen Momente zu entwerfen, und die dabei in Betracht kommenden Punkte aufgezählt, führt er die Nothwendigkeit einer solchen Individualisirung auch für den Fall aus, wo man um Rath wegen der Heirath früher geistig erkrankt gewesener oder hereditär neuropathisch belasteter Individuen angegangen wird. Im Allgemeinen ist es vorsichtig, bei letzteren von Verheirathung abzurathen, dagegen kann dies nicht geschehen bei Personen ohne hereditäre Anlage, die von ihrer Geisteskrankheit seit mehreren Jahren vollkommen geheilt sind, wofern sie nicht durch die Heirath voraussichtlich in missliche Verhältnisse gelangen, die bei Gefahrlosigkeit für ein rüstiges Nervensystem eine neuropathische Constitution leicht schädigen können. Die folgenden Ausführungen über „das Irresein der Ehefrauen“ lassen sich im Auszug nicht anschaulich wiedergeben. (Ref. möchte es scheinen, dass ein Name für solche äusserlich ähnliche, ihrem Wesen und Werth nach aber so differente Geisteszustände (Hysterie, Verfolgungswahn etc.) der Sache nicht förderlich sein kann.) — Die grosse Verantwortlichkeit, die man durch Gestattung

der Heirath Epileptischer auf sich nimmt, illustrirt die angeführte Statistik von Echeverria:

136 Epileptiker (62 M. 74 Fr.) hatten	553	Kinder
von diesen starben sehr jung	232	„
es waren defect (epilept., paralyt., idiot.)	216	„
es waren gesund nur	105	„

Von den 216 defecten waren 78 epileptisch, von den früh gestorbenen hatten 195 Convulsionen. Also bei ca. 50 % der Kinder Uebertragung der Epilepsie!

Im Weiteren werden eine Reihe den pract. Arzt interessirender Puncte besprochen: Die Behandlung der frischen Psychosen, wobei eindringlich vor dem beliebten Laienmittel „Zerstreuung“ in allen Fällen gewarnt wird; — die Nutzlosigkeit der Arzneimittel, besonders der Narcotica als Heilmittel, (Verf. sah oft bei schwachen, durch Schlaflosigkeit, Abstinenz und Aufregung erschöpften Kranken Erfolg von grossen Dosen alcoholischer Getränke, wo die Sedativa im Stich gelassen hatten), — dann die niemals genug zu betonende Nothwendigkeit, die Ueberführung frischer Fälle in eine Irrenanstalt möglichst zu beschleunigen, oder wo diese durch Vortheile und andere äussere Verhältnisse unmöglich gemacht wird, die Kranken in anderen Anstalten oder auf dem Land wenigstens unter ärztliche Leitung zu bringen. Drastisch geschildert und durch Beispiele illustrirt werden die Gefahren, denen besonders der Paralytiker und dessen Familie schon im Beginn der Erkrankung ausgesetzt ist, wenn demselben die Freiheit gelassen wird, und die Wichtigkeit, aber auch die Schwierigkeit einer frühzeitigen Diagnose gerade bei diesem Leiden hervorgehoben. — Den Schluss bildet eine längere Besprechung der „Zwangsvorstellungen“, deren Verhältniss und Uebergang zu den eigentlichen Psychosen und der damit verwandten Zustände der Grübelsucht, Folie du douse.

Auerbach (Köln).

---

519. **Dr. G. Fischer** (Canstatt), **Ueber Verlangsamung der sensiblen Leitung bei Tabes dorsalis.** (Berlin. klin. Wochenschrift 1881. Nr. 33 und 34.)

Nach den bisherigen Beobachtungen ist bei Tabes Verlangsamung der taktilen Leitung noch relativ selten, jedenfalls viel seltener als Verlangsamung der Schmerzleitung gefunden worden. F. hat dem ersteren Symptome grössere Aufmerksamkeit geschenkt und dasselbe in einer Anzahl von Fällen mit ausgesprochener Tabes, die er genauer beschreibt, mittelst einer groben aber für klinische Zwecke ausreichenden Methode konstatiren können. Die Zeit, die verfloss zwischen einer mit einem stumpfen Gegenstand oder mit der Nadel ausgeübten Berührung resp. Stich und der durch „Ja“ annoncirten Empfindung, wurde durch ein halbe Sekunden ausschlagendes Metronom bestimmt. Auf diese

Weise fand Verf. eine Verzögerung sowohl der Schmerzleitung als auch der taktilen Leitung bis zu 15 Sekunden, und auffallender Weise war die Leitung für Schmerzeindrücke durchweg rascher als die für Tasteindrücke. Die umgekehrte Inkongruenz zwischen den Geschwindigkeiten dieser Erregungsvorgänge, d. h. verlangsamte Schmerzleitung bei normaler taktiler Leitung, war schon wiederholt (E. Remak, Osthoff) beobachtet worden. In diesen Fällen wurde im Moment des Nadelstiches eine einfache Berührung, erst später Schmerz empfunden. In den obigen Beobachtungen des Verfassers lag es nahe zu vermuthen, dass ein einfacher Stichreiz zerlegt werde in eine etwas verlangsamte Schmerz- und eine mehr verlangsamte Tastempfindung. Diese Vermuthung fand F., als sich ihm wieder ein analoger Fall bot, in der That bei wiederholten Versuchen bestätigt: Bei einem Tabischen, bei dem die Verlangsamung der Tastempfindung an der rechten grossen Zehe bis zu 14 Sekunden betrug, erfolgte 2,5″ nach einem Stich Schmerzempfindung, dann nach einer Pause „eine deutliche Tastempfindung, wie wenn Jemand den Fuss berührte“. Nach dem Versuch bleibt eine unangenehme Nachempfindung stundenlang zurück. An der Sohle bestehen regionäre Analgesien; an diesen Stellen fehlt die Schmerzempfindung und die Tastempfindung kommt verspätet. Wie auch bei den anderen, so wurde in diesem Falle die Leitung bei jedem folgenden Versuch rascher. Es gelang gewöhnlich höchstens 5—6 Mal nacheinander die taktische Verlangsamung nachzuweisen. Da wir über den mechanischen Vorgang, der die Verlangsamung der Leitung bedingt, so gut wie gar nichts wissen, lässt sich auch die Verbesserung der Leitungsgeschwindigkeit während des Versuches nicht erklären. „Wir können hier von einer Art von Einübung sprechen“.

Bei der Besprechung des beschriebenen Phänomens der „Doppelempfindung“ legt F. die bekannte Schiff'sche Hypothese über die sensible Leitung im RM. zu Grunde. Abgesehen von einer kompleten Anästhesie sind 4 Möglichkeiten denkbar:

1. Zerstörung der sensiblen Bahnen weisser Substanz, gesteigerter Leitungswiderstand der grauen. Effekt: einfache Verlangsamung der Schmerzempfindung.

2. Normale sensible Bahnen, gesteigerter Leitungswiderstand der grauen Substanz. Effekt: prompte Tast-, verlangsamte Schmerzempfindung (Remak).

3. Leitungswiderstand in beiden Bahnen, grösser in der weissen als in der grauen Substanz: Verlangsamung der Schmerzempfindung; nach dieser erst Tastempfindung (s. obigen Fall).

4. Völlige Unwegsamkeit der grauen, gesteigerter Leitungswiderstand der weissen Substanz: Analgesie, verspäteter Tasteindruck (s. obigen Fall).

Die klinischen Beobachtungen bestätigen diese theoretischen Voraussetzungen und somit die Hypothese Schiffs. Die Existenz doppelter Bahnen für Schmerz- und taktile Leitung erscheint unanfechtbar, wenn auch die Lokalisation derselben auf dem Querschnitt des RM. noch nicht ganz feststeht. Ob das leitungshemmende Moment für die taktile Leitung in den weissen (Hinter- und Seiten-)Strängen zu suchen ist, oder in der von den Fasern durchlaufenen Strecke des grauen Markes,

ist ebenfalls noch zweifelhaft. Gegen die Annahme einer Leitungshemmung in den Hinterwurzeln oder in den Wurzelfasern spricht eine Beobachtung F.'s, welche den Widerstand jenseits der Einmündung der Reflexbahnen, anzunehmen zwingt: Prompte Reflexbewegung bei verlangsamter Empfindung.

Leitungsverlangsamung des Temperatursinnes, wie sie von verschiedenen Autoren gefunden worden, sowie des Drucksinnes hat F. in seinem Falle nicht beobachtet. Die Tastkreise waren erweitert, die faradokutane Sensibilität an den Zehen bei prompter Leitung herabgesetzt. Ferner bestanden lang anhaltende Nachempfindungen, die der Kranke bestimmt von Tast- und Schmerzeindrücken unterschied; auch diese sind bei Tabes schon mehrfach konstatirt worden.

Zum Schlusse wendet sich Verf. gegen die Hypothese von Takàcs, dass 1. die Ataxie stets mit sensibler Leitungsverlangsamung einhergehe; und 2. dass der Grad der Ataxie im geraden Verhältnisse zu letzterer stehe. Das für den ersten dieser Sätze angeführte zu geringe Material (12 nicht ataktische, 8 ataktische) beweise nur, dass die Verlangsamung häufig, nicht aber, dass sie konstant sei. F. vermuthet nach seinen Beobachtungen, dass die Verlangsamung der Tastleitung bei Tabes überhaupt häufiger ist, als man bisher angenommen. Den zweiten Satz von Takàcs bestreitet F. schon auf Grund seiner groben Untersuchungsmethode. In drei Fällen von sehr bedeutender Verlangsamung der sensiblen Leitung (8—14 Sek. an der Sohle) war die Ataxie keineswegs hochgradig, bei 2 exquisit Ataktischen aber keine Spur von taktiler Leitungsverlangsamung vorhanden. Es komme in dieser Frage jedenfalls auch in Betracht, an welcher Stelle die Verlangsamung der taktilen Leitung vorhanden sei. An der Sohle würde sowohl diese als eine Verlangsamung des Drucksinnes und des Muskelgefühles, worüber noch Untersuchungen anzustellen seien, wahrscheinlich zu Gehstörungen führen. Takàcs aber gibt nie die untersuchte Stelle an.

Stintzing (München).

---

520. **Verhandlungen des Vereins für innere Medicin zu Berlin.**
Sitzung d. 31. Oct. (Deutsche med. Wochenschrift No. 47.)

Bei der Discussion der Frage der „Nervendehnung bei Tabes dorsalis" theilt zuerst Herr Bernhardt einen Fall mit:

Die Hauptsymptome bestanden bei dem Patienten seit 1878 in schneller Ermüdung der Beine und den heftigsten Schmerzen, die durch Morphium stets bekämpft werden mussten, Fehlen des Kniephänomens und Ungleichheit der Pupillen. Beide N. crurales und N. ischiad. wurden den 29. Juni 1881 durch Herrn Dr. Langenbuch gedehnt. 15—16 Tage nach der Operation, nachdem bis dahin nichts besonderes eingetreten war, stand Pat. auf. Es wurde constatirt, dass Patient schwächer als früher war und nicht so gut gehen konnte. Die elek-

trische Erregbarkeit, die direkte wie indirekte, war für beide Stromesarten sehr herabgesetzt und bestand diese Herabsetzung noch den 4. October. Von Entartungsreaction fand sich nichts. Die Schmerzen hatten in den ersten Wochen nach der Operation nachgelassen, verschlimmerten sich Mitte September wieder, so dass man zur Morphiumspritze greifen musste, und hatten sich höher hinauf gezogen, Patient empfand ein Gürtelgefühl um die Brust.

Im Auftrag des Herrn Dr. Wegener, Direktor des Stettiner Krankenhauses, theilt B. weiter mit:

Bei 11 Tabetikern, die sehr lange leidend waren, dehnte W. jedesmal die 4 oben genannten Nerven in einer Sitzung. Der Erfolg war in den ersten Tagen stets eine Abschwächung der motorischen Kraft. Nach 10—14 Tagen besserte sich die Empfindung, sie empfanden wieder tiefe Nadelstiche, und es gelang einzelne auf die Krücken zu bringen, mit deren Hülfe selbst sie früher nicht gehen konnten. Doch hielten diese Resultate nur 3—4 Wochen an und dann verschwand alles wieder. Auch nach den Beobachtungen von W. ziehen sich die Schmerzen in Form von Intercostalneuralgien höher hinauf. Bei 2 Paralytikern war der Erfolg vollständig negativ.

Herr Goltdammer berichtet: Bei einem 50jährigen Manne, seit mehreren Jahren tabetisch, werden von Prof. Rose beide Ischiadici auf dringendes Verlangen des Pat. gedehnt. Der Erfolg ist: Sensibilität, vorher gering beeinträchtigt, ist unverändert geblieben. Die sehr erheblichen Schmerzen sollen um eine Spur geringer geworden sein. Dagegen hat die Ataxie ganz ausserordentlich zugenommen. Dieses sind bis jetzt die Resultate 8 Tage nach der Operation.

Herr Israel theilt 3 Fälle mit:

Im ersten Fall, sehr hochgradig, wurde keine Aenderung des Zustandes erzielt. Der Kranke hatte das Gefühl, als würde er wieder gehen lernen.

Im zweiten Fall, wo die grob-motorische Kraft vortrefflich erhalten war, starke Ataxie und Schmerzen in beiden Beinen bestanden, war der Erfolg der Dehnung der beiden N. ischiad. eine entschiedene Verschlechterung. Mehrere Monate nach der Operation hatte die grobe motorische Kraft ausserordentlich abgenommen, die Ataxie war stärker geworden und das Ermüdungsgefühl so stark, dass er nicht im Stande war zu gehen. Die Schmerzen waren in mindestens demselben Grade geblieben. Nach der Operation hatte auch hier der Patient die Ueberzeugung, er werde die volle Funktionsfähigkeit wieder bekommen.

Ein Fall mit sehr günstigem Erfolg ist der dritte:

Ein langjähriger Tabetiker, 57 Jahre alt, konnte nur mit Hülfe eines Stockes unter dem Gefühle grosser Unsicherheit gehen. Bei geschlossenen Augen fiel er. Stark gestörter Gang, starke Ataxie des rechten Armes. Totale Analgesie am ganzen Körper, tactile Empfindlichkeit ist herabgesetzt. Gürtelgefühl in der Höhe der letzten Rippe. Urinentleerung stündlich ohne Propulsionskraft mit Nachträufeln. Dehnung des linken N. ischiad. den 29. Juli. Patient hat nach der Dehnung seine Sensibilität vollkommen wiederbekommen, beinahe normales Lokalisationssystem. Gürtelgefühl und Reissen in den Beinen ist geschwunden. Er geht bis Charlottenburg ohne Stock. Schwanken bei

geschlossenen Augen ist sehr gering. Gang ist wenig ataktisch. Gebrauchsfähigkeit der Hände ist gebessert. Das seit Jahren geschwundene Geschlechtsgefühl beginnt sich wieder zu regen. Patellarreflexe noch nicht wiedergekehrt. Dieser Status ist vom 31. Oct. Ohne Erfolg wurden von J. beide N. ischiadici bei einem 3jährigen Knaben mit angeborener spastischer Gliederstarre gedehnt und ein N. ischiad. bei Paraplegie in Folge von Wirbelcaries.

Herr Litten berichtet, dass auf der diesjährigen Naturforscherversammlung in Salzburg Niemand der Anwesenden über günstige Resultate zu berichten hatte, und wenn die Sensibilität und die Schmerzen sich besserten, so war dieser Erfolg schnell vorübergehend.

Herr Strassmann sah im Lazaruskrankenhaus einen vor 3 Wochen operirten Tabetiker, der vor der Operation von heftigen Schmerzen geplagt war und jetzt versicherte, schmerzfrei zu sein. Ataktischer Gang war nicht auffallend.

Herr Leyden glaubt, dass die psychische Aufmunterung an den scheinbaren Erfolgen wesentlich betheiligt ist und die Nervendehnung nur einen Erfolg habe bei krampfhaften Erscheinungen, so besonders bei Facialiskrämpfen. So machte Herr Direktor Hahn bei einer seit 2 Jahren an Facialiskrampf leidenden Dame auf Rath von L. die Operation mit dem Erfolg, dass zuerst eine Facialislähmung eintrat, die aber heilte und der Krampf seitdem vollständig verschwand.

Menche.

---

521. **Carl Elias** (Breslau), **Ueber eine doppelseitige Dehnung des Nervus ischiadicus bei vorgeschrittener Tabes.** (Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1881. Nr. 21.)

Der 48-jährige, früher gesunde Patient des Verfassers litt seit vier Jahren an unzweifelhafter, vorgeschrittener Tabes dorsalis. Ohne Hoffnung, die Krankheit zu beseitigen, waren es zwei hervorstechende Symptome, die den Verf. zur Operation bestimmten: überaus schmerzhafte Muskelkrämpfe (die sich blitzartig von der Hüfte bis zu den Zehen fortsetzten; solche Contractionen konnte man in den einzelnen Muskelgruppen von oben nach unten mit grosser Geschwindigkeit sich wellenförmig fortbewegen sehen); sodann die dem Kranken höchst unangenehme Anäthesie in beiden untern Extremitäten. Die Operation selbst ist (nach dem Verf.) unter antiseptischen Cautelen vollkommen gefahrlos[1]). Der Verf. schlägt vor, den Ischiadicus an seiner möglichst hoch erreichbaren Stelle, direkt bei seinem Austritte aus dem Becken, aufzusuchen. Der Pat. blieb mehrere Wochen nach der Operation zu Bett; hierdurch trat „eine enorme Erschlaffung und Abnahme der Mus-

---

1) Berger (Breslau) citirt einige Fälle mit tödtlichem Ausgang (s. Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1881. Nr. 22.).

culatur an beiden untern Extremitäten ein, die erst durch eine mehrwöchentliche Massage beseitigt werden konnte." Der mehrere Monate nach der Operation constatirte definitive Erfolg bestand in einem bedeutenden Nachlass der Muskelkrämpfe; die Contractionen waren nicht ganz beseitigt, doch nur mehr von kurzer Dauer, geringer Intensität und wenig schmerzhaft; sodann hatte die Sensibilität an beiden untern Extremitäten bedeutend zugenommen. Der Kranke fühlte sich im allgemeinen weit besser; doch war der Gang bei kräftiger Unterstützung noch ebenso ataktisch wie früher, und es fehlten auch jetzt noch die Patellarreflexe. — Bei wirklicher Tabes ist nach dem Verf. die Nervendehnung nur ein symptomatisches Heilmittel.

Wolffberg.

---

522. **Dr. P. Christeller, Ueber Blutdruckmessungen am Menschen unter pathologischen Verhältnissen.** (Zeitschr. f. klin. Med. III. B. 1. H. S. 33.)

Die mit dem von v. Basch angegebenen Sphygmomanometer, dessen Leistungsfähigkeit zugleich geprüft werden soll, angestellten Untersuchungen beziehen sich auf Blutdruckmessungen am Menschen unter pathologischen Verhältnissen:

1) bei Anomalieen des Circulationsapparates im weiteren Sinne.

Die in diese Gruppe eingereihten Beobachtungen betreffen Fälle von Erkrankungen des Herzens und der Gefässe selbst; von den Organerkrankungen des Abdomens die Nephritis mit und ohne Herzhypertrophie, und von Affectionen des Respirationsapparates Fälle von Angina pectoris, Asthma bronchiale und Pleuritis exsudatura bei den verschiedenen älteren und frischeren Erkrankungen des Herzens in den verschiedenen Stadien der Compensation (Insuff. d. Mitralis (3 Fälle); Insuff. d. Aorta und Mitralis (1); acute Endo- und Pericarditis (1); Dilatation und Hypertrophie ohne Klappenfehler (1)) fanden sich demgemäss auch verschiedene Werthe des Blutdrucks, welche zwischen 70 u. 140 Hg. mm schwankten. Es zeigte sich, dass bei den gut compensirten Herzfehlern die aus den verschiedenen Beobachtungen resultirenden Mittelwerthe relativ hohe Zahlen darstellten, während bei schlechter Compensation dieselben der unteren Normalgrenze sehr nahe kamen, somit der Blutdruck erniedrigt ist. In dem einen Fall von Hypertrophie und Dilatation des Herzens ohne Klappenerkrankung, mit nur geringer Arteriosclerose, war der Druck höher (140 Hg. mm) wie bei den anderen Herzfehlern.

Ueber den Einfluss der Digitalis auf den Blutdruck wurde in 2 Fällen gestörter Compensation die Beobachtung gemacht, dass unter dem Gebrauch derselben eine erhebliche Drucksteigerung einhergeht, was sich auch durch die Vermehrung der Harnmenge kund gab.

In den Fällen von Arteriosclerose und Nephritis chronica, bei welchen es zu physikalisch nachweisbaren Veränderungen im Circulationsapparat bereits gekommen (bes. Hypertrophie des L. Ventrikels), erhebt sich der Blutdruck fast ausnahmslos über die Grenzen des Normalwerthes, während bei Nephritis chronica ohne Herzhypertrophie der Blutdruck sich innerhalb normaler Zahlen bewegt.

Die gefundenen Mittelwerthe schwanken bei Arteriosclerose zwischen 104—160 Hg. mm, bei Nephritis mit Herzhypertrophie von 134—194, bei Nephritis ohne eine solche von 80—122 Hg. mm.

Bei den in diese Gruppe eingereihten Fällen von Angina pectoris, Asthma bronchiale, Pleuritis exsudatura schwankte der Blutdruck im ersten zwischen 140 u. 150 Hg. mm. Es bestand hier eine durch einen phthisischen Schrumpfungsprocess der Lunge herbeigeführte starke Dislocation des Herzens. Auch in dem zweiten Fall von Asthma bestand keine Druckerniedrigung (120—130 Hg.). In dem dritten von Pleuritis war nach der Punction des Exsudates ein Abfall des Blutdruckes von 120 auf 100 zu constatiren, dem ein rasches Ansteigen bis 140 folgte, welche Höhe mit zunehmender Kräftigung des Patienten annähernd erhalten blieb. Das auffällige nicht erwartete Sinken nach der Punction erklärt Ch. durch die derselben nachfolgende allgemeine Schwäche, den leichten Collaps des Patienten.

2) bei Intoxicationen.

Die Frage, in wie weit der Blutdruck unter dem Einfluss bestimmter Substanzen eine Aenderung erleidet, wird von Ch. in Fällen von chronischen und acuten Intoxicationen mittelst des Sphygmomanometers zu eruiren versucht. Während in der ersten Gruppe möglichst absolute Werthe (wenn auch nur annäherungsweise) erstrebt wurden, sind die bei diesen Beobachtungen gefundenen Zahlen jeweils nur als relative zu betrachten.

In 2 Fällen von Bleiintoxication wurde die mittelst Digitalpalpation schon deutliche Druckerhöhung in den Arterien auch durch den Apparat auf rein physikalische Weise bestätigt.

Bei den Untersuchungen über Druckveränderung bei acuten Intoxicationen, zunächst des Morphium, kamen mit Ausnahme eines einzigen Falles nur gesunde Individuen zur Verwendung, und wurde das Morphin nur in schlafmachender Dosis (0,001—0,01) injicirt. Die Resultate dieser in 10 Tabellen und Curven übersichtlich zusammengestellten Versuche zeigen, dass bei einmaliger Einspritzung oft sofort, oft auch erst kürzere Zeit nachher eine ziemlich beträchtliche Herabsetzung des Blutdrucks (zwischen 20 und 40 Hg. mm) hervorgebracht wird, welche eine gewisse nicht genauer bestimmbare Zeit andauert, am folgenden Tage jedoch zu den alten Werthen zurückgekehrt ist. Diese Druckschwankungen bewegen sich innerhalb der Normalgrenzen. Es stehen diese Befunde somit, gegenüber den Untersuchungen von Witkowsky, mit denen von Binz mehr im Einklang, wenn Letzterer auch diese druckerniedrigende Wirkung des Morphins nur für toxische Dosen zugiebt. Die unter gleichen Bedingungen angestellten Untersuchungen mit Ergotin führten in 3 Fällen zu dem Ergebniss, dass jedenfalls nach Einspritzung (0,1) eine nicht unbeträchtliche Steigerung des ar-

teriellen Blutdruckes eintritt, welche verschieden lange Zeit anhält und scheinbar mit der verabreichten Dosis in geradem Verhältniss steht.

Bei Anwendung von Chloralhydrat (1,0 nur in 1 Fall) wurde eine Drucksteigerung von ca. 20 Hg. mm, mit einem Abfall auf nicht ganz den Anfangswerth beobachtet.

Ueber die Verwerthbarkeit des Apparats äussert sich V. nach den bei obigen Versuchen gemachten Erfahrungen dahin, dass derselbe „für alle diejenigen Beobachtungen und Experimente ausserordentlich geeignet ist, bei denen es sich um Messungen von relativen Blutdrucksteigerungen resp. Abfällen handelt, also insbesondere für Intoxikationsversuche, dass er dagegen für die Bestimmung absoluter Werthe, also für die Bestimmung der Grösse des Blutdrucks, wie er durch pathologische Verhältnisse sich gestaltet, sowie für die Vergleichung von Druckwerthen bei mehreren Individuen nur in beschränktem Maasse Anwendung finden kann."

Hindenlang (Freiburg).

---

523. **M. Bouilly, Déchirure du poumon par contusion violente des parois thoraciques, hémo-pneumo-thorax.** Zerreissung der Lunge durch heftige Erschütterung der Thoraxwände, Hämopneumothorax. (Gaz. des hôpitaux, 1881. Nr. 141.)

Ein 16 Jahre alter Maurer stürzte aus einer Höhe von 8—9 Metern herab. Starke Afregung und Delirien liessen (am folgenden Tage) zunächst an eine Schädelverletzung denken; auf der anderen Seite legte die grosse Blässe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute den Gedanken an eine innere Blutung nahe. Es fand sich ein rechtsseitiger Hämopneumothorax. Da weder eine Rippenfraktur noch irgend eine andere Verletzung sich äusserlich nachweisen liess, musste man annehmen, dass eine Zerreissung des Lungengewebes mit Austritt von Luft und Blut stattgefunden habe. Solche Zerreissungen kommen durch einen Stoss oder Fall, welcher mit genügender Heftigkeit in grösserer Ausdehnung den Thorax trifft, bei jungen Leuten mit elastischem Thorax zu Stande, wenn die Lungen mit Luft gefüllt sind, und die Glottis geschlossen ist. Diese letzteren Bedingungen traten durch das Angstgefühl, welches bei dem Herabstürzen bis zum Auffallen besteht, ein. Die Menge des ergossenen Blutes war bedeutend, so dass die Zerreissung Gefässe zweiter oder dritter Ordnung betroffen haben muss. B. entleerte bei drohender Asphyxie ein Liter schwarzen Blutes. Der weitere Verlauf war bisher (6. Tag) ein befriedigender.

E. Bardenhewer.

---

524. **Dr. Seiler** (Geh. Med.-Rath Dresden), **Ascites im kindlichen Alter.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. No. 26.)

Dr. S. theilt zunächst die Krankengeschichte eines 13jähr. Mädchens mit, das mit hochgradigem Ascites behaftet war. Nach der Punction zeigte sich die Leber sehr stark geschwellt, bis über die Nabellinie herabreichend. Durch Einreibung mit Ungt. cin., Gebrauch von Jodkali und Anwendung Priessnitz'scher Einwickelung wurde die Wiederkehr des Ascites verhütet; die Leber blieb noch gross, war aber nach später vorgenommener Untersuchung zur Norm zurückgekehrt und die Kranke vollkommen genesen. Dr. S. bezieht sich auf noch 3 andere völlig analoge Fälle seiner Beobachtung, geht die Bedingungen der Flüssigkeitsansammlung im Bauchraume bei Kindern durch und kommt zu dem Schluss, dass

1) „der einfache Ascites im kindlichen Alter, sobald Tuberculose ausgeschlossen, immer auf Hepatitis syphilit. diffus. oder circumscr. gummosa beruht, auch in solchen Fällen, wo sonstige Zeichen einer syphilitischen Erkrankung fehlen.

Die bisher bekannten Fälle gehören in die Kategorie der Syphilis hereditoria tarda.

2) Derselbe durch Quecksilber oder Jod, oder Combination dieser Heilmittel immer heilbar ist."

„Die einzige andere Möglichkeit ist die, dass im kindlichen Alter eine heilbare, einfache hypertrophische Lebercirrhose vorkömmt."

R.

---

525. **E. Leyden, Ueber das erste Stadium des Morbus Brightii und die acute oder frische Nephritis.** Nach einem Vortrage, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte zu Frankfurt a. M. (Zeitschr. f. klin. Medic. Bd. III. H. 1.

Verf. beabsichtigt nicht, ganz neue Gesichtspunkte zu eröffnen, sondern die bisherige Entwickelung durch eigene Untersuchungen und Beobachtungen zu vervollständigen und für die Aufgaben der ärztlichen Thätigkeit zugänglicher und nutzbarer zu machen. — Als Eintheilungsprincip wählt L. mehr das aetiologische, nicht ohne daran zu erinnern, dass hiermit das Studium der pathologisch anatomischen Vorgänge eng verbunden werden muss, um den Fehler des Schematismus zu vermeiden.

Nach diagnostischen Vorbemerkungen über die Albuminurie, insbesondere über das Sediment, schickt Verf. eine kurze Besprechung der „febrilen Albuminurie" der eigentlichen Abhandlung voran. Dieselbe wird im Gegensatz zu der meist angenommenen Auffassung einer nicht realen, als Symptom einer abortiven acuten Nephritis einer „fibrilen Nierenaffection" angenommen; sie werde hervorgerufen durch den Reiz

gewisser, während der Entwickelung der Infektionskrankheit vorhandener und zum Theil in die Niere geführter Keime. Als Stütze wird das wenn auch sparsame Auftreten morphotischer Elemente, der gelungene Nachweis von Microorganismen (Merkwald, Kannenberg), endlich das häufige Missverhältniss der Albuminurie zur Höhe des Fiebers angeführt. — Die II. Form ist die acute (desquamative, infectiöse) Nephritis. Die einzelnen Unterabtheilungen sind: 1) Scarlatinanephritis (Glomerulonephritis Ribbert, Traube, Klebs). 2) Nephritis bei Febris recurrens. 3) Nephritis nach Diphtherie und Angina. 4) Nephritis nach Pneumonie. 5) Nephritis nach typhus abd. 6) Nephritis bei und nach acutem Gelenkrheumatismus. 7) Die spontane, acute, desquamative Nephritis. Besonders hervorzuheben ist hier die Beobachtung L.'s, dass auch nach acuten desquamativen Nephritiden mit Capsulitis (für die Scharlachnephritis habe Friedländer auch bereits dasselbe constatiren können) sich bereits in diesem Stadium Hypertrophie und Dilatation des l. Ventrikels ausbilden kann. Der Fall, der nach einem Abdominaltyphus auftrat, wird ausführlich mitgetheilt. Auch die Nephritis nach Gelenkrheumatismus wird durch zwei Mittheilungen illustrirt. Verf. macht darauf aufmerksam, dass gerade diese Form eine Disposition zu schwerem und chronischem Verlaufe zeigen. — Als III. Form der acuten Nephritis wird die septische angereiht, daran schliesst sich als IV. die Pyelonephritis oder Nephritis ascendens an. In der als V. aufgestellten Form, „die toxische Nephritis", geht L. auf die nach Kali chloricum-Gebrauch beobachteten genauer ein. Die Nephritis durch Niederschläge von Salzen in den Nieren hervorgerufen (VI. Form) und die als Folge von chronischen Hautkrankheiten öfters beobachtete (VII. Form) schliessen die Reihe. — In den nun folgenden therapeutischen Bemerkungen macht Verf. darauf aufmerksam, dass gerade aus der genauen Kenntniss der einzelnen Formen und Arten in der Therapie dankenswerthe Früchte entnommen werden können. — Es werden zum Schluss die einzelnen Indicationen und therapeutischen Principien eingehend erörtert.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

Berichtigung.

In Nro. 35, S. 549, Z. 10 von oben lies: nicht gut statt recht gut.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 24. December. Nro. 38.

526. **Dr. Julius Uffelmann** (Professer der Medicin an der Universität Rostock), **Handbuch der privaten und öffentlichen Hygiene des Kindes, zum Gebrauch für Studirende, Aerzte, Sanitätsbeamte und Pädagogen.** (Leipzig 1881.)

Verf. behandelt in der Einleitung zunächst die Geschichte der Hygiene des Kindes, und zwar deren practische wie wissenschaftliche Leistungen. Er erwähnt die ersten Anfänge einer Hygiene des Kindes bei den Aegyptern und Indern, bespricht sodann die in Bezug auf die Gesundheitspflege getroffenen Massregeln und Einrichtungen bei den alten Griechen und Römern, und weist bei Letzteren auf den ersten Beginn einer öffentlichen Fürsorge für unbemittelte Kinder hin. Von Nerva und später Trajanus wurden die ersten Anordnungen zur Ernährung und Erziehung von Knaben und Mädchen dürftiger Eltern getroffen, Antoninus Pius gründete die Faustinische Versorgungsanstalt für arme Mädchen, und von Alexander Severus stammt die Stiftung der mammäischen Knaben und Mädchen. Auch für die Hygiene des Kindesalters bei unseren deutschen Vorfahren bringt Verf. eine Reihe von Belägen. Er bespricht sodann die Einrichtungen, die im Mittelalter zur Fürsorge für die kindliche Bevölkerung getroffen waren. Wir erfahren, dass es schon damals Pflegeanstalten zur Aufnahme von ausgesetzten Kindern gab; unter den Wohlthätigkeitsinstituten in der Zeit

des Justinianus werden die Brefocrophien namhaft gemacht, an vielen Orten entstanden schon sehr früh Waisenhäuser, und in einigen Spitälern existirten sogar Zimmer, die der allerdings recht mangelhaften Krankenpflege der armen Kinder dienten. Was das Schulwesen betrifft, so lernen wir die ersten christlichen Schulen der Benedictiner im 6. Jahrhundert, die Kathedralschulen, die Schulen in Klöstern und Stiften, die durch Carl den Grossen besonders gefördert wurden, und die deutschen Volksschulen kennen. Erwähnenswerth ist noch, dass schon während des Mittelalters in Italien Kleinkinderschulen existirten, welche grosse Aehnlichkeit mit den modernen Kleinkinderbewahranstalten hatten. Die Heilkunde für das Kindesalter lag im Mittelalter noch sehr im Argen, und beispielsweise sind Mittel gegen Beschreien und Behexen, als fleissiges Gebet der Eltern sowie das Umhängen von Korallen oder Saphir um Hals und Hände der Kinder an der Tagesordnung. Was das Schulwesen betrifft, so hatte dasselbe seit der Reformation einen grossen Aufschwung genommen, doch war von einer Rücksichtnahme auf die Gesundheit der Schüler noch keine Rede. Mit dem 18. Jahrhundert bemerken wir ein reges Schaffen auf dem gesammten Gebiet der Hygiene, aber der Einfluss von einsichtigen Aerzten „und selbst die generellen Massnahmen der Regierungen machen sich noch wenig geltend. Für die Reform der Kinderhospize und speciell der Findelhäuser traten Armstrong und T. P. Frank in die Schranken, und in der That wurde in einer Reihe von Waisen- und Findelanstalten (z. B. Pforzheim und Cassel) manches gebessert. Sehr traurig war der gesundheitliche Zustand in den Findelhäusern. Aussergewöhnlich häufige Syphilis bei den armen Kindern, unzweckmässige Nahrung, grosse Unreinlichkeit, und übermässige Ueberfüllung der Säle mit Patienten bedingten eine abnorme Mortalität. Zur Prophylaxis der übertragbaren Kinderkrankheiten war bisher eigentlich Nichts geschehen, das 18. Jahrhundert brachte eine grosse Reform auf diesem Gebiete, indem die Inoculation der Pocken gegen die Blattern angewandt wurde. Nicht gut sah es während des 18. Jahrhunderts auf dem Gebiete der Schulgesundheitspflege aus. Die humane Strömung unseres Jahrhunderts hat sich in herrlicher Weise mit der hygienischen vereinigt und beide haben gerade zu Gunsten der Kinder bedeutsamen Segen gespendet. „Bezüglich der künstlichen Ernährung der Kinder ist ein Fortschritt insofern zu erwähnen, als eine Abnahme der Auffütterung mit Mehlbrei eingetreten ist, die Verwendung des sogenannten Lutschbeutels eine entschieden geringere, die Verwendung zweckmässiger Saugflaschen eine mehr verbreitete geworden ist. Von wesentlichem Vortheil ist die Wiederaufnahme der leiblichen Uebungen. Zu den practischen Leistungen der öffentlichen Hygiene des Kindes sind zu zählen die sanitären Reformen in der Wohnungshygiene, die Anlage von öffentlichen Spiel- und Erholungsplätzen in Städten, sowie der Erlass von Gesetzen über Verfälschung der Nahrungsmittel speciell der Milch, und die Einführung von controlirten Milchkuranstalten. Eine ungemein wichtige und fundamentale Reform hat sich in Bezug auf die öffentliche Fürsorge für erkrankte Kinder durch die Anlage einer grossen Anzahl von Kinderspitälern, Ambulatorien und Kinderpolikliniken vollzogen. Einen besonderen Nutzen haben für scrophulöse und

rhachitische Kinder die Seehospize in Italien, Frankreich geschafft. In jüngster Zeit wurden ähnliche Anstalten zu Scheveningen, zu Refnaes in Dänemark, zu Norderney, zu Wyk auf Föhr, zu Gr. Müritz in Mecklenburg gegründet. Zur Pflege kränklicher Kinder richtet man Schulsanatorien ein, schuf man sogenannte Feriencolonien, und für Blinde- und Taubstummeninstitute, sowie für Behandlung und Pflege von Idioten ist Vieles geschehen. — In Bezug auf die Prophylaxis übertragbarer Krankheiten wurden Gesetze erlassen, die sich auf Anzeigepflicht, auf Isolirung, auf Desinfection von Kleidung und Gebrauchsgegenstände beziehen. V. bespricht sodann die Fürsorge für die in fremde Pflege gegebenen Kinder, und speciell die für arme und verwaiste Kinder so segensreiche Einrichtung der Familienpflege, ferner die Gründung von Krippen und Kleinkinderbewahranstalten, endlich die Verbesserung des Findelwesens, und die wirksame Fürsorge für die in Fabriken und Werkstätten beschäftigten Kinder. Thatsächliche Reformen der Schulgesundheitspflege fanden in den letzten Jahren Statt, und erwähnenswerth ist, dass in unser Jahrhundert die erste Einrichtung von Kindergärten fällt. Verf. bespricht sodann die allmählige Fortentwickelung der wissenschaftlichen Gesundheitspflege an der Hand der wichtigsten Werke über dieselbe. Er beginnt mit den Schriften, welche von den alten Aegyptern und Indiern uns überliefert sind, und erwähnt bis auf unsere Zeit die für die Hygiene des Kindesalters wichtigsten Schriften, die ins Unendliche angewachsen sind. — Er behandelt sodann die Lehre von den Geburts- und Sterbeverhältnissen der Kinder, an welche sich die kaum von ihr zu trennende Lehre von den vornehmsten Krankheiten des Kindes und den Ursachen derselben anschliesst. Die aus grossen Zahlen gewonnene Absterbeordnung der Kinder und speciell des Säuglingsalters wird durch zahlreiche Momente beeinflusst, so durch das Klima des Landes, durch die Jahreszeit, vielleicht durch Raçeneigenthümlichkeiten; von bestimmendem Einfluss auf die Kindersterblichkeit ist auch die Geburtsziffer, der Preis der Lebensmittel (in theuren Jahren ist die Kindersterblichkeit grösser als in billigen) und in gewisser Weise die Wohlhabenheit oder Armuth der Eltern. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist der Gesundheitszustand der Eltern und den massgebenden Ausschlag giebt wohl die Art der Pflege des Kindes und die Ernährung des Säuglings. Einen wichtigen Theil der Pflege des Kindes bietet auch die Salubrität der Wohnungen.

Wo eine wesentliche Herabstimmung der Kindersterblichkeit stattfand, muss dies in erster Linie auf Rechnung der mittlerweile eingeführten Schutzpockenimpfung gesetzt werden. Eine gesteigerte Mortalität hat sich in einigen Ländern, und in den meisten grössern Städten vollzogen. —

Die verschiedenen Altersklassen der Kinder werden in „sehr verschiedenem Maasse von Krankheiten befallen; „von grosser Wichtigkeit für die Hygiene ist es, den Einfluss, wenigstens der vornehmsten Kinderkrankheiten auf das Leben und die Gesundheit kennen zu lernen.“ Dazu gehören die Lebensschwäche, die Krankheiten des Verdauungsapparates, die Krankheiten der Athmungsorgane, die Infectionskrankheiten, die Krankheiten des Nervensystems, die Psychosen und die schweren Erkrankungen des Auges. Ungefähr eben so gross wie die

Zahl der Blinden ist die der Taubstummen. Ueber die Frequenz der constitutionellen Krankheiten des Kindesalters, wie über die Häufigkeit der chirurgischen Krankheiten besitzen wir keine irgendwie exacten Ziffern. —

Die Aetiologie der vornehmsten Kinderkrankheiten liegt zunächst in der geringen Widerstandskraft des kindlichen Alters gegen äussere Schädlichkeiten; eine wesentliche Rolle spielt dabei die hereditäre Disposition, ferner mangelhafte oder unzweckmässige Pflege, sowie die Erkältung. Die Erreger der zymotischen Krankheiten befallen vorzugsweise den kindlichen Organismus; traumatische Einflüsse sind oft als ätiologisches Moment anzuschuldigen. V. bespricht sodann die Ursachen der Lebensschwäche, der Verdauungskrankheiten, der Krankheiten der Athmungsorgane, der Infectionskrankheiten, der Krankheiten des Nervensystems, der Sinnesorgane, der constitutionellen Erkrankungen, der Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie der Hautkrankheiten.

Die private Hygiene des Kindes befasst sich mit der Pflege des Kindes von der Geburt bis zum Eintritt in die Pubertät; sie betrifft: 1) die Ernährung des Kindes, 2) die Pflege der Haut, Kleidung, 3) die Wohnung, Kinderstube, Schlafzimmer, Bett, 4) die Pflege der Athmungsorgane, 5) die Pflege des Knochen- und Muskelsystems, Schlaf, 6) die Pflege der Sinne, 7) die Pflege der geistigen Gesundheit, 8) die Berücksichtigung fehlerhafter, gesundheitlich nachtheiliger Gewohnheiten des Kindes. Bei der Ernährung des Kindes im ersten Lebensjahre behandelt V. zuerst die Physiologie der Verdauung und die Physiologie des Stoffwechsels beim Säugling, und geht sodann zur Besprechung der Methoden der Ernährung des Säuglings über. Wir erfahren Ausführliches über die Untersuchung und Ausnutzung der Frauenmilch, über die Zahl und das jedesmalige Quantum der Mahlzeiten; Verf. spricht über die Dauer des Anlegens, über die Pflege der Waisen, die Entwöhnung und über die Ernährung während des Entwöhnens, sowie über das Verbot des Selbststillens, die Auswahl und die Lebensweise der Ammen. Sodann kommt er auf die künstliche Ernährung des Säuglings, stellt die allgemeinen Forderungen bezüglich der künstlichen Ernährung auf, hebt die besonderen Eigenthümlichkeiten der Säuglinge hervor, und bespricht dann auf das Ausführlichste die Ernährung mit Kuhmilch (süsse Molken — Buttermilch), Ziegenmilch, Stutenmilch, condensirter Milch, dem Rahmgemenge mit Mehlbrei und Kindermehlsuppen und den Werth der Ernährungsmethoden. Zu den Surrogaten der Milch gehören schottisches Hafermehl, präparirtes Gerstenmehl, Liebig's Kindermehlsuppe, Kindermehl von Nestle, Faust, Schuster, Gerber, Giffey, Schiele & Comp., Frerichs, Dr. Coffin, Ridge, der Anglo Swiss condensed milk company in Cham u. a., die Liebig'sche Kindersuppe in Extractform; von anderen Surrogaten der Kuhmilch werden erwähnt Timpe's Kraftgries, Auerbachs Kindermalzpulver, Maizenamehl, Arrow-root, die Leguminosenmehle von Hartenstein, Zoalenta, Eier in verschiedenen Mischungen, endlich Fleischbrühe in mannigfachen Formen. V. bespricht dann die Ernährung der Kinder in allen Altersklassen, und betont, dass in keiner Periode der Entwicklung nach dem Eintritt in das dritte Lebensjahr die Ernährung des Menschen gleicher Aufmerksamkeit bedürfe, wie in der Zeit kurz

vor der Pubertät. Die Hautpflege des Kindes (Bäder und Waschungen), die Behandlung des Nabels, die Kleidung des Kindes, die Hygiene der Wohnung, die Auswahl der Kinderzimmer, der Schlafzimmer der Kinder, die Betten und Wiegen werden in den folgenden Abschnitten ausführlich besprochen, und die Pflege der Athmungsorgane, die Entwicklung des Brustkorbes, die Athmung des Kindes, die Pflege des Knochen- und Muskelsystems, der Schlaf des Kindes eingehend beleuchtet. Es folgt sodann ein Abschnitt über die Pflege der Sinne und der geistigen Gesundheit, und eine Besprechung der fehlerhaften gesundheitsschädlichen Gewohnheiten.

Der zweite Theil des Buches behandelt die öffentliche Hygiene, und in dem ersten Abschnitt bespricht der Verf. die „generelle Hygiene", in dem zweiten die Fürsorge für bestimmte Klassen der Kinder. Eine der vornehmsten Aufgaben der generellen Hygiene ist zweifellos die Ausbreitung hygienischen Wissens, vor Allem muss dahin gestrebt werden, dass die Aerzte in der Hygiene des Kindes durchaus bewandert sind, und dass daher diese wichtige Disciplin auf unseren Hochschulen gelehrt werde, und dass ihre Hauptkapitel, das der Ernährung, Hautpflege, Prophylaxis der übertragbaren Krankheiten ein Gegenstand der Staatsprüfung seien. Nicht minder nöthig ist die Unterweisung und Prüfung der Hebammen in der Hygiene des Kindes. Ausbildung von Kinderwärterinnen, von Lehrerinnen für Kleinkinderschulen, Kindergärtnerinnen, Belehrung der Kostfrauen ist im Interesse der generellen Hygiene nothwendig. V. hebt sodann hervor, einen wie grossen Werth es haben würde, wenn auch auf den Volksschullehrerseminarien ein Unterricht, speciell in der Schulgesundheitspflege statt hätte, plaidirt für den higienischen Unterricht in den höheren Schulklassen, besonders der Mädchenschulen, und tritt dafür ein, dass die Grundlehren der Kinderpflege im ganzen Volke Verbreitung finden müssten. Ein weiteres Mittel, das Gedeihen des Kindes zu fördern, bestände darin, Massnahmen zu fördern, durch welche der Wohlstand in den unteren Klassen gehoben, die Sittlichkeit in denselben gefördert würde. Es bedarf aber auch der Gründung gewisser humanitärer Anstalten zu Gunsten der Kinder, besonders der Gründung von Spitälern, von Krippen, Bewahranstalten u. s. w. Die Nahrungsmittelhygiene, die Marktkontrole, die Schutzmaassregeln vor ungesunder Milch, die Gesetze, die controlirten Milchwirthschaften werden ausführlich besprochen. Eine Kontrole wäre nöthig für die Surrogate der Milch, das Obst, für Conditoreiwaaren, für Gebrauchsgegenstände, als Kautschukmundstücke, Kinderwagen, Kinderspielwaaren, die mit giftigen Farben bemalt sind. Von ganz besonderem Einfluss für die Gesundheit der Kinder ist die Beschaffenheit der Wohnung. Verf. spricht den Wunsch aus, dass wie in England und Frankreich auch in Deutschland Gesetze und Institutionen ins Leben gerufen werden, womit bestimmte Behörden das Recht und die Pflicht hätten, die Wohnungen auf ihre Salubrität zu untersuchen, und gegen notorisch insalubre Häuser einzuschreiten. Im Allgemeinen scheint man dieser wichtigen Angelegenheit in deutschen Städten eine viel zu geringe Aufmerksamkeit zu schenken. Für Spiel- und Erholungsplätze muss von Seiten der Communen Fürsorge getroffen werden; zweckmässige Gesetze über öffentliche Spiel- und Erholungsplätze

existiren nur in England. Unter den generellen Massnahmen werden endlich diejenigen erwähnt, welche die Verhütung der übertragbaren Krankheiten des Kindesalters zum Gegenstand haben. Schon die theoretische Betrachtung legt es nahe, anzunehmen, dass die Schule auf die physische Entwicklung des Kindes von nicht grade günstigem Einfluss ist. Die Kurzsichtigkeit, die Scoliose, Dyspepsie, Blässe, Muskelschwäche, hochgradige Nervosität und geistige Schlaffheit, häufig wiederkehrende Kopfschmerzen, öfteres Nasenbluten, selbst das Auftreten von Brustaffectionen und psychischen Störungen, selbst von Kropf werden mit der Schule in ursächlichen Zusammenhang gebracht, und wird darauf hingewiesen, dass die Schuljugend notorisch den übertragbaren Krankheiten in erhöhtem Maasse ausgesetzt ist. Die dafür angegebenen Gründe werden auf das eingehendste erörtert. Es wäre daher solchen Gefahren gegenüber eine sanitäre Ueberwachung der Jugend und der Schuleinrichtung durch besonders dazu angestellte Organe nothwendig; das Schulgebäude muss vor Allem saluber sein, die Unterrichtszimmer, die Beleuchtung derselben, die Ventilation werden ausführlich besprochen, und es werden die Methoden der Untersuchung der Schulstubenluft angegeben. — Es folgt ein Kapitel, das die Schulgesundheitspflege (zweckmässige Heizung der Schulstuben, die Wände der Schulräume, den Fussboden, Schulbänke, Arbeitstische, Wandtafeln, Schreibtafeln, Zeichnensäle, Aborte, Pissoire, Brunnen) behandelt. Die Schulzeit, die häuslichen Aufgaben, Schulspiele, Zwischenpausen, Englische Halbzeitschulen, die Gymnastik der Schuljugend, die Schulstrafen, bilden den Inhalt des folgenden Abschnitts. Verf. kommt sodann auf die Erziehungsanstalten und die Einrichtung der Kindergärten zu sprechen und behandelt ferner die Gesundheitspflege der in Fabriken und Werkstätten, in ambulanten Gewerben und in der Landwirthschaft beschäftigten Kinder (Kinderschulgesetze des In- wie Auslandes, Werkstättengesetz) und die Fürsorge für die Gesundheit der Kinder unbemittelter Eltern. Dabei wird der indirecte Schutz der Kinder durch Schutz der Mütter hervorgehoben, die Einrichtung der Kinderschutzvereine, der Pflegeanstalten für Kinder der Unbemittelten, die Krippen und Kleinkinderbewahranstalten ausführlich besprochen. In dem Abschnitt über die Fürsorge für arme Kinder tritt der Verf. dafür ein, dass verwaiste Kinder in Familien untergebracht worden sollten, dass jedoch stets eine geregelte Aufsicht durch geeignete Organe stattfinden müsse. Auf die Ernährung und die Hautpflege der Kinder ist ganz besonders zu achten. Die Fürsorge für Haltekinder, das Haltekinderwesen, die Pensionssätze, die Gesetze und Verordnungen, die Ueberwachung der Kinder werden ausführlich besprochen. „Es bedarf einer fortlaufenden strengen Kontrole seitens dazu geeigneter und speziell dazu designirter Persönlichkeiten, sodann einer Regelung der Kostgeldfrage, einer Hebung des Interesses durch das Gewähren von Prämien für bewährte Pflege, Ertheilung einer Instruction über Kinderpflege an die Ziehmütter und einer Fürsorge für rechtzeitige, unentgeltliche ärztliche Hülfe. Die Fürsorge für verwahrloste Kinder und jugendliche Verbrecher hatte früher die Kirche übernommen, mit dem Ende des vorigen und im laufenden Jahrhundert hat die private Fürsorge solcher Kinder sich angenommen. So entstanden die sogenannten Reform-

schulen, Besserungsasyle, Rettungshäuser. Erst seit verhältnissmässig kurzer Zeit hat der Staat der hier besprochenen Klasse von Kindern seine Aufmerksamkeit zugewandt.“ Die staatlichen Anstalten Belgiens Massachusetts, Frankreichs, Englands, Deutschlands werden ausführlicher beschrieben. Besondere Anstalten für jugendliche Gefangene finden wir in Belgien, Frankreich, England, Dänemark, Italien, Amerika, nur in Deutschland verwendet man in der Regel besondere Abtheilungen der gewöhnlichen Gefängnisse zur Unterbringung der Jugendlichen. Von einer öffentlichen Fürsorge für Kinder auf Reisen kann bis jetzt kaum die Rede sein, und doch erscheint sie dringend nöthig. Für erkrankte Kinder muss eine besondere öffentliche Fürsorge eintreten. In erster Linie muss es Aerzte geben, die Kinderkrankheiten zu behandeln verstehen. Die Kinderheilkunde soll um ihrer hohen Bedeutung willen als selbständige Disciplin, als Haupt- und nicht als Nebenfach gelehrt werden. Daran knüpft sich der dringende Wunsch nach Ausbildung einer möglichst grossen Zahl von Kinder-Krankenpflegerinnen. Eine hinreichende Anzahl von Gemeinde- resp. Armenärzten muss angestellt werden, es müssen Ambulatorien für Kinder, die nicht bettlägerig sind, in jeder grösseren Stadt eingerichtet werden, und ein unabweisliches Desiderat ist für Städte das Vorhandensein von Kinderspitälern. V. bespricht sodann die Principien der Einrichtung von Kinderspitälern, den Bauplatz, die Grösse und den Baustyl des Spitals, Krankenzimmer, sowie die Nebenräume. Für infectionskranke Kinder ist der Bau von Isolirspitälern anzustreben. Die bemerkenswertheste Einrichtung zur Isolirung der Kinder besitzt das St. Wladimir-Kinderhospital zu Moskau. Besondere Anstalten für reconvalescente Kinder und ländliche Sanatorien gibt es seit einigen Decennien an zahlreichen Orten.

Solche Reconvalescenshäuser existiren in England, Frankreich, Russland. In Deutschland haben wir Sanatorien für Kinder zu Bad Elster, zu Godesberg, zu Augustusbad bei Radeberg, zu Plötzensee, zu Nowawes bei Potsdam, das Elisabethenhaus in Marburg. Schulsanatorien finden wir zu Davos, zu St. Blasien, Görbersdorf, zu Bad Driburg. In St. Andreasberg nehmen Lehrer lungenschwache und der Erholung in Bergluft bedürftige Kinder bei sich auf, und verpflegen, beaufsichtigen und unterrichten dieselben. — Es folgt sodann ein Bericht über die Einrichtung der Ferienkolonien, von Seehospizen und den Kinderheilstätten in Sool- und Thermalbädern.

Zum Schluss berichtet V. über die Institute für rhachitische Kinder in Turin, Genua und Mailand, die sämmtlich aus privater Wohlthätigkeit erstanden sind, und mit privaten Mitteln unterhalten werden. Das Heilresultat ist nach den vorliegenden Berichten ein sehr zufriedenstellendes. Die Beschreibung von orthopädischen Instituten, Idiotenanstalten, Anstalten für Epileptische, für unheilbare Kinder, Blinden- und Taubstummenanstalten muss einer Specialdarstellung überlassen werden.

Kohts (Strassburg).

---

527. **Klebs** (Prag), **Ueber infectiöse Magenaffectionen.** (Allg. Wiener medic. Zeitung, No. 29—35, Jahrg. 1881.)

Obwohl der Digestionstractus eine der am häufigsten dem Eindringen von Krankheitserregern sich darbietende Lokalität ist, so sind doch die daraus hervorgehenden pathologisch anatomischen Veränderungen wenig gekannt. Es ist dies zunächst dadurch erklärlich, dass solche Erkrankungen nicht gerade sehr hervorstechende Symptome von Seiten des Magens hervorrufen und daher 2. nicht genau genug bis jetzt pathologisch anatomisch untersucht wurden, und dass 3. den postmortalen Erscheinungen an den Magenwandungen eine zu grosse Bedeutung zugemessen wird.

Der Verf. bespricht zunächst kurz die seltenen, schon näher bekannten Formen der infectiösen Magenaffectionen; wie die Gangrän des Magens, welche auch ohne Milzbranderscheinungen vorkommt, ferner den Soor des Magens, dessen Thallusfäden er nie zwischen die Epithelbedeckung der Magenschleimhäute wuchern sah, sodann die fettigen Degenerationen, welche bei Infectionskrankheiten die allgemeine Erkrankung begleiten.

Die zu beschreibenden Formen, welche durch Einwanderung von Spaltpilzen entstehen, unterscheiden sich ferner von derjenigen Form von Magenperforation, welche Hofmann (Basch) und Kundrat als die Folge einer Selbstverdauung des Magens und somit als vitale Organveränderung auffasst. Klebs deducirt aus dem Mangel jeglicher reactiver Veränderungen um die Perforationsstelle herum, von denen nichts in den betreffenden Fällen berichtet sei, sowie aus dem Fehlen von Schleimhautschwellungen, ohne welche eben Ischaemie der Gewebe und damit die Möglichkeit, dass das Gewebe verdaut werden könnte (denn die Alcalescenz des Blutes wehrt der Verdauung), leicht anzunehmen sei, dass diese beschriebenen Formen als postmortale zu deuten seien. Eine bekannte leichtere Form dieser infectiösen Magenerkrankungen sei der sog. Magencatarrh, welcher oftmals bei pathologischen Anatomen in acuter Weise aufträte, sobald sie sich mit zersetzten Objecten beschäftigten. Verf. habe selbst eine lange Zeit an solchen gastrischen Störungen gelitten und Heilung erst erreicht, als er zu dem innerlichen Gebrauche von Desinficientien gegriffen habe. Der Nutzen dieser Therapie bestätigte die Vermuthung, dass es sich um Infection handele.

Genauere Aufschlüsse über die Natur der Erkrankung geben dann 4 Leichenbefunde:

1. Fall. 33jähriger Mann kommt mit Icterus ohne Fieber, ohne Milzschwellung ins Hospital. 13 Tage später bekommt der Patient, welcher neben einem Typhus exanthematicus-Kranken lag, unter Fieber und Milzschwellung ein masernähnliches Exanthem. Nach einigen Tagen geht das Fieber herunter, der Patient stirbt unter den Erscheinungen der Uraemie. Die Section zeigte ausser leichten entzündlichen Prozessen in der Niere und den Meningen keine auffälligen Organerkrankungen, jedoch ergab die genauere Untersuchung des Magens folgenden Befund:

„Längs der grossen Curvatur bestand eine Reihe grösserer und

kleinerer, rundlich brauner Flecken, welche vielfach mit einander zusammengeflossen waren und so umfangreiche Theile der Magenschleimhaut einnehmen. Jeder dieser Flecken von 5—10 cm Durchmesser war unscharf begrenzt, die Schleimhäute an denselben beträchtlich verdickt, namentlich in der Mitte, dabei trocken und derb, keineswegs erweicht, wie bei der braunen postmortalen Erweichung." Nirgends Spuren des Zerfalls oder Geschwüre, die Drüsenschicht erschien als eine derbe Masse. Microscopisch fand sich eine kleinzellige Einlagerung zwischen den Drüsen der Magenschleimhaut, welche dadurch stellenweise weit auseinander gedrängt waren. Die Labdrüsen, namentlich am unteren Ende, gänzlich von fremden stäbchenförmigen Körpern, die kleine glänzende Körner (Sporen) enthielten (Bacillen), angefüllt. Nähere Beschreibung auf Seite 301. Um die Bacillenheerde herum bestehen selten Einlagerungen und entsprechend den Lymphgefässen Züge körnigen Materiales.

Im 2. Falle bei einem 66jährigen Manne fand sich, ausser Lungenemphysem, Herzdilatation und geringe Exsudate in Brust- und Bauchfellraum, derselbe Befund im Magen, wie in Fall 1. Die Bacilleneinlagerung war ebenfalls auf die obersten Schichten beschränkt, jedoch mehr ausgebreitet wie im ersten Fall.

Gleiche Veränderungen fanden sich an anderen Leichen nicht.

Die Einlagerung der Bacillen veränderte nur die oberflächlichsten Schleimhautschichten und führte nicht zu den Erscheinungen der Phlegmone ventriculi, wie der Befund in dem sonst ähnlichen 3. Fall zeigt. Hier waren bei einer 56jährigen Frau, welche unter Erbrechen und Tympanites fieberlos erkrankte und durch unstillbare Diarrhoe zu Grunde ging, ausser im Magen, eitrige Prozesse in Schilddrüse, Bronchien, Peritoneum zu constatiren. Im Magen sass der Prozess nicht in und zwischen den Drüsen, sondern in der Muskelschicht und in deren interstitiellem Gewebe und hatte hier zur Eiterung geführt. Die hierbei gefundenen Organismen waren „handgreiflich" von den ersten verschieden.

Den Bacillus der oberflächlichen Gastritis in den beiden ersten Fällen, nennt Klebs wegen seiner Kürze und der Anzahl seiner Sporen B. polysporus brevis. Woher er kommt, ist noch nicht festgestellt.

Die Vermuthung liegt nahe, dass dieser Bacillus seine Wirkungen nicht alle Male, wie in den beiden ersten Fällen, auf den Magen beschränkt, sondern analog anderen Micro-Organismen auch andere Organe befällt. Einen solchen Befund zeigte

der 4. Fall: eine acute Leberatrophie, bei der die Gallengänge vollständig frei gefunden wurden. Es bestand ein hochgradiger Schwund der Leberzellen besonders im Centrum der Leberläppchen und dabei vor Allem in der mittlern Zone eine Reihe schmaler verzweigter Züge, welche durch eine dichte Anhäufung von Bacillen gebildet wurden. Im Magen bestanden fast genau dieselben Erscheinungen der Gastritis superficialis bacillaris, wie sie im Fall 1 und 2 beschrieben sind, keine fettige Degeneration der Leberzellen, wie bei Phosphorvergiftung, und Klebs ist davon überzeugt, dass in diesem Falle die Necrobiose der Leberzellen mit dem vom Magen her durch die Blutbahn eingewanderten Bacillus zusammenhänge.

Demnach wäre man vielleicht berechtigt eine **vasculäre Form** der acuten gelben Leberatrophie anzunehmen, welche stürmischer und mit Temperatursteigerung verläuft und welcher die Entwicklung von Icterus erst nachfolgen wird, während bei der „Gallengangsform“ der Icterus das erste Symptom zu sein pflegt. Bei den vasculären Formen würden die Symptome der Blutveränderung in den Vordergrund treten, und die durch Aufnahme der Gallensäuren aus den zersetzten Leberzellen bedingten Wirkungen auf Herz und Gehirn mehr zurücktreten, während bei der Gallengangsform die cholaemischen Erscheinungen mehr in den Vordergrund der Symptome treten dürften.

Bartold.

---

528. **Dr. Otto Zaubzer, Studien zur Lehre von der entzündlichen und der infectiösen Phthise.** (Annal. der städt. allg. Krankenhäuser in München 1881, S. 804.)

I. Zur Aetiologie der entzündlichen Lungenphthise in München.

Für die Aetiologie ist eine möglichste Scheidung der Lungenschwindsucht von der Tuberkulose dringend geboten. von Buhl schätzt die Frequenz der akuten Miliartuberkulose gegen die der entzündlichen Phthise auf 8:100, und bezeichnet als häufigste Ursache der letzteren die Desquamativ-Pneumonie. Die Entstehung dieser (und nicht der croupösen) Pneumonie setzt entweder eine empfängliche Konstitution voraus, oder eine fortgesetzte Einwirkung von Schädlichkeiten der Luft, die schliesslich zur parenchymatösen Entzündung führt. „Die Massenhaftigkeit des schädlichen Agens steht hier im umgekehrten Verhältniss zur Zeitdauer der Einwirkung desselben.“ Verfasser zieht von den unter den Sammelnamen „Staub“ zusammengefassten anorganischen und organischen Bestandtheilen der Luft nur den mineralischen Staub in Betracht. Nach Hirt beträgt die Lebensdauer der Mineralstaub inhalirenden Arbeiter nur 49 Jahre gegen 52—54 der vegetabilischen, metallischen oder animalischen Staub athmenden. In denjenigen bairischen Provinzen, welche die höchste Zahl der in der Industrie der Steine und Erden beschäftigten Personen aufweisen, ist auch die Mortalitätsziffer der Phthisis und Tuberkulose die grösste. Beim Strassenstaub, dessen organische Bestandtheile in der Gefahr den anorganischen vielleicht nicht nachstehen, kommt je nach der Gegend die Eigenartigkeit des Staubgemisches, insbesondere des mineralischen in Frage: der Härtegrad und die chemischen Eigenschaften des Pflasterungsmaterials. Die durch die Statistik der Staubinhalationskrankheiten der Gewerbe, sowie durch die Erfahrung in grösseren Städten, speziell in München bestätigte Thatsache, dass mit der Güte und Härte des

Pflasterungsmateriales auch die Gefährlichkeit seiner Stauberzeugung wächst, suchte Z. experimentell zu erhärten, indem er Kaninchen verschiedene Staubarten (die Methode s. im Orig.) inhaliren liess und dieselben neben Kontrolthieren zu verschiedenen Zeiträumen anatomisch untersuchte. Je mehr und je anhaltender die Thiere von dem Staub inhaliren mussten, desto tiefer greifende Processe fanden sich in den Lungen, von der entzündlichen Reizung der Bronchial-Schleimhaut bis zur Desquamativ-Pneumonie. Dabei zeigen sich grosse Verschiedenheiten je nach dem angewandten Material (Kalk-, Granit-, Basalt-Staub etc.). Beim Strassenbau wird daher in hygienischer Beziehung darauf zu achten sein, dass „mit dem immer härter gewählten Material“ (dessen Staub zwar qualitativ gefährlicher, durch seine geringere Quantität aber weniger gefährlich ist) „bei gleichzeitigem Fortschritte der Art der Anlage bei sich gleichbleibendem Gefüge des grösseren Würfels die massige Zermalmung oder Abreibung dieses Gesteines möglichst vermieden, und somit eine Abnahme der schädlichen Mineralbeimengung des Strassenstaubes erzielt“ wird.

Den Einfluss des mineralischen Staubes auf die entzündliche Phthise sucht Z. auch statistisch zu beweisen. In München, wo die entzündliche (combinirte) Phthise bei weitem vorherrsche, sei während der Strassenverbesserungen der letzten Jahre der Procentsatz der Lungenphthise ein stabiler geblieben; folglich könnten auch die Ursachen derselben, von denen eine der wesentlichsten der Strassenstaub sei, nicht gestiegen sein. Die quantitative Verminderung des Staubes durch Anwendung eines besseren Materiales werde aufgewogen durch die gefährlichere Qualität. Ausser dem Strassenstaub kommt aber, wie die vergleichende Statistik verschiedener Provinzen und Städte zeigt, in manchen Gegenden auch die Industrie in ihrer Verarbeitung des Steinmateriales in Betracht. Von wesentlichem Einflusse werden ferner die klimatischen Verhältnisse, insbesondere der Feuchtigkeitsgehalt der Luft sein, sowie die vegetabilischen und anderen Bestandtheile des Strassenstaubes, die sich je nach dem Procentsatze der atmosphärischen Feuchtigkeit mit den mineralischen Atomen mehr weniger innig mengen und die Wirkung der spitzigen und kantigen mineralischen Gebilde abschwächen. Die Statistik der bairischen Provinzen zeigt des Weiteren, dass die Mortalitätsziffer an Lungenkrankheiten parallel geht mit der Anzahl der Städte. Je weniger Städte in einer Provinz, desto mehr überwiegt die Ackerbau treibende Bevölkerung die Industrie treibende. Die geringere Schädlichkeit des Ackerbaues wird bezogen auf die schadlosere Art des der Ackerkrume entfallenden Staubes, der durch die äusserste Verdünnung noch mehr depotenzirt werde. Endlich werden noch als aetiologische Momente angeführt: Lebensweise und sociale Verhältnisse, insbesondere Mangel an Luft und Licht, Sesshaftigkeit eines Volkes und in dieser Beziehung von hygienischer Seite Wechsel des gefahrdrohenden Ortes und Erwerbes, rationelle Eheschliessung empfohlen. Da ein mässiger Grad der Luftfeuchtigkeit von günstigem Einfluss ist, dürfte endlich auch auf den Waldschutz das Augenmerk zu richten sein.

II. Versuche mit dem condensirten Exhalationswasser von Phthisikern. Aus dem pathologischen Institute.

Prof. Dr. Bollinger impfte mit condensirtem Exhalationswasser von einem Phthisiker, welches ihm Z. zugestellt, ein Meerschweinchen von gesunder Zucht unter die Haut des rechten Oberschenkels und in die Bauchhöhle. 2 Monate später fand er bei der Sektion: Impftuberkulose des subkutanen Bindegewebes am rechten Hinterschenkel, käsige Hyperplasie der Retroperitonealdrüsen; sekundäre beginnende Miliartuberkulose der Lungen, der Leber, der Milz. Ein zweiter ähnlicher Versuch ergab ein negatives Resultat.

III. Inhalationsversuche vom Verf.

2 junge Katzen werden 8 Tage lang täglich eine Stunde von einem Phthisiker möglichst von Mund zu Mund angehaucht; sie bleiben gesund; auch die Sektion ergibt kein Zeichen der Phthise oder tuberkulöser Ablagerung.

Für endgültige Schlüsse sind diese Versuche, wie Verf. zugibt, noch zu vereinzelt, dürften aber zur Lehre der infektiösen Phthise nicht unwesentlich erscheinen. Möglicherweise wäre der infektiöse Stoff in der Luft des von Phthisikern belegten Saales selbst zu suchen. Verf. gedenkt in dieser Richtung noch weitere Versuche unter veränderten Bedingungen anzustellen.

Stintzing (München).

---

529. **L. von Buhl, Beiträge zur Echinococcuserkrankung des Menschen.** (v. Ziemssen's Annalen der städt. allgem. Krankenhäus. zu München 1876—77. S. 444.)

Verf. hat bei einem Material von 8000 Leichen den cystösen Echinococcus unter 300 Leichen, den alveolären unter 615 Leichen einmal beobachtet. Für beide Formen werden im Folgenden Beispiele angeführt.

A. Cystöser, unilokulärer Echinococcus.

Der 1. Fall betrifft eine 38jähr. Köchin, bei welcher sich 3 Ech.-Cysten der Leber fanden, von denen 2 in Schrumpfung begriffen waren, die eine aber 16 cm im grössten Durchmesser mass, Tochtercysten enthielt und mit dem Duct. hepaticus kommunizirte. Auch an der Vereinigung des letzteren mit dem Ductus cysticus lag eine das Lumen obturirende Blase, ferner fanden sich Ech.-Blasen in Gallenblase, Magen und Duodenum, sämmtlich abgestorben. Trotz der Grösse der Leberzerstörung waren erst spät und zwar plötzlich Krankheitssymptome (Erbrechen, Diarrhoen, Ikterus,) aufgetreten, wahrscheinlich mit dem Moment des Durchbruches der Muttercyste in den Duct. choledochus.

Der 2. Fall gibt ein ausgezeichnetes Bild der Heilung eines Ech.-Sackes. Ein 71jähr. Mann war 9 Jahre vor seinem Tode mit einer ungewöhnlichen Lebervergrösserung behaftet, die plötzlich unter Diarrhoen mit Entleerung grünlicher Massen zurückging (Perforation eines Ech.-Sackes in den Darm). Bei der Sektion fanden sich in der Gallenblase, im Duct. cyst. und choledoch. Gallensteine, im Lobul. Spigelii eine Geschwulst, die eine Art von Gallencyste darstellte und sich wie eine zweite Gallenblase verhielt, in welche „ein Theil der Galle aus dem Duct. hepatic., anstatt in die normale und verlassene Gallenblase, vielmehr rückwärts und aufwärts sich ergoss." Diese Gallencyste war unzweifelhaft eine ursprüngliche Echin.-Cyste, obwohl mit Ausnahme homogener Schleimmassen keine Echin.-Reste mehr aufzufinden waren.

Im 3. Falle, der 13 Jahre hindurch beobachtet wurde, und wahrscheinlich 15 Jahre bestand, platzte der palpatorisch diagnostizirte Ech.-Sack der Leber durch traumatische Einwirkung in die Bauchhöhle, erzeugte Peritonitis, von der die Pat. genas, ohne von dem Parasiten befreit zu werden. Es bildete sich von Neuem eine harte Geschwulst und nach längerer Zeit ein Abscess zwischen den falschen Rippen und dem Darmbeinkamm, welcher eröffnet wurde und Eiter mit Ech.-Blasen entleerte. Da durch die Operation eine Muttercyste entfernt werden konnte, so wäre Hoffnung auf Genesung vorhanden gewesen, wenn nicht noch eine zweite zurückgeblieben wäre. Die letztere perforirte schliesslich durch das Zwerchfell in die Lunge. An einer Stelle war die Leber fibrös mit der Niere verwachsen und hier eine Ech.-Cyste in das Nierenbecken durchgebrochen, was sich im Leben durch Entleerung einer Cyste im Harn kundgegeben. Im Peritonaeum hatten sich einzelne, fast mikroskopisch kleine Echinococcen angesiedelt.

B. Alveolärer oder multilokulärer Echinococcus.

Im Falle IV handelt es sich um eine alveoläre Ech.-Entartung mit Verkäsung fast des ganzen r. Leberlappens; in demselben fanden sich einzelne kleine Cavernen mit im Inhalte freischwimmenden grieskorngrossen Ech.-Bläschen. Die Lymphdrüsen waren intakt, kein Ikterus vorhanden. Es war hier unmöglich zu bestimmen, ob die Embryonen sich innerhalb der capillaren Blut- oder Lymphgefässe oder der Gallengangcapillaren oder mitten durch das Parenchym ausgebreitet hatten.

Fall V zeigt einen alveolären Ech. in Knotenform ohne Verkäsung und Cavernen, der sich in zerstreuten Miliarknötchen im Pankreas und den Retroperitonealdrüsen und von da aus im Bindegewebe hinter der Leber im Zwerchfell, von diesem einerseits in der Leber, andrerseits in der Lungenbasis, nach vorläufiger Herzbeutelverwachsung im Muskel des r. Herzvorhofs und im Zellgewebe zwischen Brustbein und Herzbeutel ausgebreitet hatte und Veranlassung zur Obliteration der unteren Hohlvene wurde. Bei Lebzeiten hatte bisweilen blutiger Auswurf und Ikterus sowie Ascites bestanden.

Fall VI. Alveolärer Ech.-Knoten der Leber und der Lungenbasis. Im Leben waren keine diesbezüglichen Erscheinungen beobachtet.

Fall VII. Enorme kavernöse Zerstörung des r. Leberlappens

(mannskopfgrosse Höhle), alveolärer Ech. der begrenzenden Höhlenwand. Krankengeschichte fehlt.

Fall VIII betrifft einen 38jähr. Pat., der an chron. Ikterus und massenhaftem galligen Sputum gelitten (als „Lungenleberfistel" beschrieben). Verf. hatte im Sputum Trümmer von geschichtetem Chitin, Tyrosin, Leucin und Gallensäure gefunden. Rechterseits bestand eine hoch heraufreichende Dämpfung, die nach reichlichen Expektorationen sank. Die Sektion ergab (nach $2^1/_2$ Jahren) ein hühnereigrosses alveoläres Ech.-Fibrom zwischen Leber und Zwerchfell, alveolären Ech. der r. Lunge, des Glisson'schen Bindegewebes, und der Wandung des Duct. cystic. Ein Verbindungskanal zwischen Bronchien und Gallengängen konnte nicht gefunden werden; er musste haarförmig und gewunden verlaufen sein. Es hatte also eine nur wenig umfänglich alveoläre Ech.-Erkrankung bedeutende klinische Erscheinungen hervorgerufen und zum Tode geführt.

Im Anschluss an diese Fälle bespricht v. B. die Wege und die Art der Einwanderung und Weiterverbreitung des Ech. und die Gründe der Verschiedenheit der cystösen und alveolären Erkrankungsform. Verf. nimmt mit den meisten Autoren (Leuckart, von Siebold, Küchenmeister u. A.) für beide Formen die gleiche Species an und hält den multiplen für den cystösen Ech., da er Scolices produzire. — Nachdem das reife Bandwurmglied durch den Magensaft zerstört ist, wird der Embryo entweder in der Eischaale passiv oder nach Entfernung derselben aktiv im Darm fortbewegt. Die Wege, die ihm hier offen stehen, sind zunächst die Gallengänge. Sie scheinen jedoch nicht zur Einwanderung benützt zu werden, wofür folgende Gründe sprechen. Die gleiche Berechtigung wie der Duct. choledoch. für die Einwanderung in die Leber müsste auch der Duct. Wirsungian. für das Pankreas in Anspruch nehmen, in welchem aber der Ech. fast nie gefunden wird. Ferner müsste der Embryo in den Gallengängen gegen den Strom schwimmen; endlich aber hat man in diesen noch nie Embryonen auf der Wanderung angetroffen. Dagegen ist die Einwanderung durch die Blutgefässe wahrscheinlich. Dafür spricht das Auftreten des Ech. auch in anderen Organen ausser in der Leber und der Befund im Falle IV, wo in den Lebervenen die Intima durch Ech.-Bläschen vorgewölbt war. Dass aber auch die Lymphgefässe als Verbreitungsbahnen dienen, wie schon Virchow behauptete, wird durch die häufige Betheiligung der Lymphdrüsen wahrscheinlich gemacht, sowie durch das Auftreten miliarer Ech.-Knötchen, wie sich in mehreren der obigen Fälle fand. Verf. schliesst sich der Ansicht Neisser's von dem Eintritt der Eier in die Chylusgefässe an nur mit der Reserve, dass er statt der passiven Einwanderung ein aktives Einbohren behauptet, und kommt zu folgendem Schlusse: „Die primäre Einwanderung — in der Regel nur eines einzigen oder etlicher Embryonen — geschieht im Duodenum und zwar in die Chylus- und Lymphgefässe, von da sekundär in die Pfortaderwurzeln und in die Leber, seltener durch die Lymphgefässe und durch den Duct. thoracicus in's Blut und von da am frühesten in die rechten Herzhöhlen und in die Lungen, durch diese in's linke Herz, in's Peritoneum, die Pleura, die Milz, das Gehirn, die Muskeln, die Knochen." Der sekundäre Einbruch

in die Pfortaderwurzeln ist der häufigste Fall. Der Sitz in den Gallengangkapillaren kann durch Durchbruch von den Leberkapillaren aus zu Stande kommen.

Was den alveolären Echinococcus betrifft, so ist es auffallend, dass derselbe sich vorzugsweise in den Bahnen der Lymphgefässe verbreitet und niederlässt, und es liegt für die Entstehung der alveolären Erkrankung die Annahme nahe, dass der Embryo die Lymphbahn nicht verlässt, während er zur Erzeugung der cystösen Form in die Gallengänge, in die Pfortader oder doch in's Blut gelangen muss. Zum Verständniss der charakteristisch schrittweisen Ausbreitung des alveol. Ech. muss jedoch noch ein 4. Weg in Anspruch genommen werden; die Saftkanäle und Spalträume des Bindegewebes, denn die Ausbreitungsrichtung folgt nicht gerade dem Laufe der Lymphbahnen und geht durch die verschiedenartigsten Gewebe. Das Charakteristische der alveol. Erkrankungsform liegt also darin, dass die Keime ungeachtet aller denkbaren Leitungskanäle, im Bindegewebe zwischen den Gewebselementen selbst fortkriechen. — Auch die Art der Proliferation hat man als Unterscheidungsmerkmal angeführt; die endogene als charakteristisch für die cystöse, die exogene für die alveoläre Form. Verf. hält die endogene Erzeugung von Scolices für die regelmässige naturgemässe Proliferation der Ech.-Blase, jedes andere Verhältniss für abnorm und stellt folgende Hypothese auf: Bei der Entwicklung des Embryo wirken sich zwei Kräfte entgegen: „der Wachsthumsdruck des Embryo und der Resistenz- und Reaktionsgrad des Lebergewebes. Offenbar gebührt für das Resultat dem letzteren der Ausschlag. Je nachgiebiger das Lebergewebe, je leichter usurirbar es ist, um so eher wird der Blasenzustand des Ech. zu Stande kommen; dagegen je consistenter das Lebergewebe und je leichter das interstitielle Stroma gegen den fremden Eindringling mit fibröser Verdichtung antwortet, um so mehr wird sich der Embryo mit exogener Proliferation und Chitinverästelungen in die Spalträume des Gewebes Platz machen.“ „Es liegt also weniger im Ech.-Keime, warum ein Mal die cystöse, ein anderes Mal die alveoläre Form der Erkrankung entsteht, sondern im betreffenden Menschen, resp. in seiner Leber etc.“ Daraus erklärt sich, dass die Scolicesbildung beim alveol. Ech. typisch ausbleibt, jedoch an einzelnen Stellen, wenn sich hinreichender Raum findet, ausnahmsweise vorkommen kann. — Hie und da kommen bei der alveolären Form durch exogene Proliferation miliartuberkelähnliche Ech.-Cystchen vor, wenn die Erkrankung schon grosse Dimensionen angenommen hat. Durch Platzen einer Cyste entstehen bisweilen Ansiedelungen in der Bauchhöhle (Fall III). Dieser multiple, peritoneale Echin. ist nicht zu verwechseln mit einem durch das Blut dahin gebrachten cystösen Echinococcus. Die Möglichkeit einer solchen freien Ansiedelung beweist, dass es auch Cysten gibt, welche nicht von einem Embryo direkt, sondern indirekt von schon bestehenden Cysten abstammen und als abgelöste Brutkapseln zu denken sind.“ Diese von einer geplatzten grösseren Cyste herrührenden Echinococcen sind sämmtlich steril. Da Sterilität das Merkmal des Abnormen, nicht einer besonderen Species ist, so beruht die alveoläre Erkrankung auf einer Behinderung der regelrechten Entwicklung der Einen Species. Danach kann das zu-

weilen beobachtete Zusammentreffen des alveolären und cystösen Echin. nicht mehr befremden. Für das vorzugsweise Beschränktsein der alveolären Form auf Süddeutschland und die Schweiz ist noch keine Erklärung zu geben.

Am Schluss sucht sich v. Buhl „ein Stück Priorität in Bezug auf die richtige Deutung der alveolären Echinococcusform" zu wahren. Er sei der erste Beschreiber der Erkrankung gewesen, und wenn er sie auch ursprünglich als „Alveolarcolloid" bezeichnet und erst später ihr Wesen erkannt habe, so seien doch seine damaligen Angaben heute noch in allen Theilen zutreffend.

Stintzing (München).

---

530. **Dr. Roth** (Physicus in Eutin), **Das lebensgefährliche Nasenbluten.** (Memorabilien. XXIV. Jahrg. 5. Heft. p. 285.)

Verf. theilt 3 Fälle von sehr heftigem langandauernden Nasenbluten bei älteren Personen mit Unterleibs-Plethora mit, bei denen es nicht gelang, weder durch die gewöhnlich gebräuchlichen Mittel, noch durch Tamponade die Blutung zu stillen. Bei letzterer Behandlung drang das Blut durch die Thränenkanäle durch und lief über die Thränenpuncte nach Aussen. Es gelang dann durch Anwendung von Plumb. acet. 0,12 mit 0,01 Opium purum, tal. dos. Nro. XII (2 stündlich 1 Pulver) die Blutung meist schon nach Verabreichung des dritten Pulvers zu sistiren. Selbst bei Gaben bis zu 3 gr, wonach die Wirkung nie ausblieb, traten Erscheinungen von Blei-Intoxication nicht ein.

Bartold.

---

531. **Dr. Haehnle** (Schwenningen), **Kupfer bei Typhus abdominalis.** (Memorabilien. XXVI. Jahrg. 8. Heft. p. 467.)

In 10 meist leichteren Fällen von Abdominal-Typhus gab der Verf. auf die Empfehlung von Burg (Bull. gener. de thérap. Bd. 98. p. 425) Kupfer in der Form von „Tr. cupri acet. Rademacheri 1,5—2,0 zu 160,0 Wasser und 10,0 Syrup. 2 stündlich 1 Esslffl. und sah danach Abnahme der Temperatur und schnelle Besserung", Erbrechen und Durchfall contraindiciren das Mittel nicht. Kurze Krankengeschichten sind beigefügt.

Bartold.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 28. December. Nro. 39.

532. **Lutz** (München), **Lungen- und Rückenmarks-Syphilis.** (Aerztl. Intelligenz-Blatt. Nro. 50.)

Ein 34jähriger Mann hatte vor 10 Jahren Syphilis acquirirt, aber keine regelrechte Cur gebraucht.

Dezember 1879 kam Patient in Behandlung L.'s wegen Husten, Heiserkeit, Lähmung der Unterextremitäten. Am L. Oberlappen zeigten sich Infiltrationserscheinung (Dämpfung, Bronchialathmen, Rasselgeräusche). Rechter Oberschenkel mehr abgemagert als der linke, keine Sensibilitätsstörungen, Patellarreflexe fehlen. Die electrische Untersuchung ergab Entartungsreaction.

Pat. wurde mit Jodkali und mit dem constanten Strom behandelt und mit dieser Behandlungsweise innerhalb 6 Wochen bedeutende Besserung erzielt, so dass Pat. mit Unterstützung von Stöcken gehen konnte.

Die Dämpfung L. O. war fast ganz verschwunden, Husten und Heiserkeit geringer, Auswurf spärlich. Ein Monat später Verschlimmerung und zwar stärkere Schwäche am L. Oberschenkel, zugleich Vermehrung des Auswurfs, stärkere Heiserkeit. Exanthem an der Hand und am Kopf.

Von nun an grössere Dosen Jodkali und Sublimatinhalationen.

Die Stirnbänder erschienen als dicke rothe Wülste. Nach weiteren 6 Wochen unter Zuhülfenahme von Quecksilbereinreibungen Rückgang der Infiltrationserscheinungen im Larynx, Besserung der Lähmungserscheinungen an den Unterextremitäten.

Im weiteren Verlaufe traten die motorischen Störungen immer mehr in den Hintergrund, die Symptome der Lungenerkrankung mehr in den Vordergrund und zwar stellte sich einmal stärkere Haemoptoe ein (im Juli) und im September wurden unter geringer Blutung rothe, feste Fleischstücke entleert, die wie Granulationsgewebe, nur dichter und härter aussahen.

Nach weiteren 3 Monaten antisyphilitischer Behandlung konnte nur noch geringe Abflachung der linken Brusthälfte, geringe Dämpfung, aber Vesiculärathmen constatirt worden. Pat. war somit nach 12-monatlicher Behandlung völlig wiederhergestellt.

Seifert (Würzburg).

---

533. **Freudenberger** (München), **Bericht aus der Klinik des Herrn Prof. v. Ziemssen.** (Aerztl. Intelligenz-Blatt Nr. 48.)

Es folgt in dieser Nummer wieder ein kurzer Bericht über einige Fälle aus der v. Ziemssen'schen Klinik.

Bei einer 42-jährigen Frau war die Diagnose zweifelhaft zwischen Cholelithiasis und Carcinom des Pancreaskopfes; es war Verschluss des Gallenausführungsganges constatirt, da man die Gallenblase nach der Punction des Ascites als gross und prall gefüllt palpiren konnte.

Bei der Section fand sich Scirrhus des Pancreaskopfes, der in die Porta hineinwuchernd den ductus choledochus und cysticus völlig zum Verschluss gebracht hatte.

Bei je 1 Fall von Typhlitis stercoralis und Perityphlitis wird die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Krankheitsformen besprochen.

1 Fall von Tabes dorsalis (45-jähriger Mann) zeigt aufgehobenen Patellarsehnenreflex, aber starke Hautreflexe von den Sohlen aus, die Anfänge der Erkrankung werden auf die Strapazen des Feldzuges vom Jahre 1866 zurückgeführt.

Schliesslich wird noch 1 Fall von Aorteninsufficienz mit gleichzeitiger Insuff. der mitralis, Icterus, Stauungsleber beschrieben.

Seifert (Würzburg).

---

534. **Dr. Unverricht, Beitrag zur Lehre von der partiellen Epilepsie.** Aus dem städtischen Krankenhospital zu Allerheiligen in Breslau. (Deutsche Med. Wochenschr. 1881. No. 34 u. 35.)

Durch experimentelle und klinische Beobachtungen ist die Thatsache festgestellt worden, dass es gewisse Rindengebiete des Gehirnes gibt, welche den willkürlichen Bewegungen vorstehen, und dass nach Zerstörung derselben nicht nur lähmungsartige Zustände (Charcot und Pitres), sondern auch motorische Reizungserscheinungen bis zum ausgeprägten Bilde der Epilepsie (Fritsch und Hitzig) auftreten können. Von Bartolow sind auch beim Menschen durch elektrische Reizung der Gehirnrinde (um die Centralfurche herum) epileptiforme Anfälle erzeugt worden. Jackson hat daher für Epilepsie und epileptiforme Erscheinungen die Hirnrinde als Ausgangspunkt bezeichnet, während Schroeder van der Kolk und Nothnagel für den epileptischen Insult ein eigenes Krampfcentrum in der Medulla oblongata annehmen. — Bei der sog. partiellen oder Rindenepilepsie bleiben die Zuckungen vielfach auf eine bestimmte Körperregion beschränkt, in anderen Fällen aber befallen sie die ganze gleichseitige Körperhälfte, um schliesslich über kurz oder lang zu allgemeinen Konvulsionen auszuarten. Das Bewusstsein ist bei beschränkteren Zuckungen erhalten und geht bei Verallgemeinerung der Krämpfe verloren. Kommt nun zu den Konvulsionen noch ein weiteres Hauptsymptom der partiellen Epilepsie: eine Lähmung oder ein lähmungsartiger Zustand, so ist nach Charcot mit Sicherheit eine beschränkte Laesion der motorischen Zone oder der unmittelbar angrenzenden Partie anzunehmen. — Zur Vermehrung des Beweismaterials für die Lehre von den Rindererkrankungen berichtet U. über einen Fall von partieller Epilepsie, welche durch tuberkulöse Neubildung in der hinteren Centralwindung bedingt war.

Ein 34jähr. Arbeiter, der seit Sommer 79 an Brustbeschwerden, und im Herbst an einem Pleuraexsudat erkrankt war, bekam Ende Dezember plötzlich unter gestörtem Bewusstsein tonische und klonische Krämpfe, die fast ganz auf die R. Körperhälfte beschränkt waren. Solche Anfälle wiederholten sich später in verschiedener Intensität und in wechselnden Intervallen. Meist begannen die Krämpfe in der R. Hand und gingen von hier aus auf den R. Arm, dann auf Gesicht und Unterextremität über, um in den heftigsten Anfällen die gesammte Körpermuskulatur zu betheiligen. Auf jeder dieser Etappen konnten die Anfälle Halt machen und gingen je nach In- und Extensität mit oder ohne Bewusstseinsstörung einher. Ausser abgeschwächtem Händedruck rechterseits blieben nie Sensibilitäts- oder Motilitätsstörungen, auch nie eine Spur von Sprachstörung zurück. Die für partielle Epilepsie typische Form der Krämpfe und das Fehlen aetiologischer Momente für gewöhnliche Epilepsie wiesen auf eine irritative Affektion der psychomotorischen Sphäre hin, „welche, wie man aus der mangelnden Lähmung entnehmen konnte, wenig oder gar nicht zerstörend auf diese Rindengebiete gewirkt haben musste“, und zwar machte der Befund der übrigen Organe, insbesondere der Lungen und Nieren, sowie eine (im Mai) tödlich endigende Perforatio peritonitis, die auf die

Ruptur eines tuberkulösen Darmgeschwürs zurückgeführt werden musste, die tuberkulöse Natur der Gehirnaffektion um so wahrscheinlicher, als eine Apoplexie oder Embolie auszuschliessen war. Die Sektion bestätigte die Diagnose. Es fand sich allgemeine Tuberkulose, eitrige Adhaesiv-Peritonitis, wahrscheinlich in Folge von Perforation eines tuberkulösen Geschwüres im Darm, sehr grosser käsiger Tuberkel in der L. hinteren Centralwindung. — Es fehlten hier die für Rindenerkrankungen so überaus charakteristischen reinen und dissociirten Monoplegien. Verf. wirft daher die Frage auf, ob man „aus den blossen Konvulsionen mit ihrem typischen Verhalten ohne die Gesellschaft von . . . Lähmungserscheinungen einen bestimmten Schluss auf den Sitz der Laesion ziehen“ könne, und glaubt diese Frage nach dem beschriebenen Falle bejahen zu dürfen.

Was das Zustandekommen der partiellen Epilepsie und ihr Verhältniss zur echten Epilepsie anlangt, so vertritt Nothnagel den Standpunkt, dass die Rindenepilepsie (zum Unterschied von der echten) wie ein peripherer Reiz reflektorisch in dem in Pons und Med. oblong. gelegenen Kampfcentrum die Konvulsionen auflöse. Eine scharfe Trennung jedoch zwischen lokalen und allgemeinen Reizerscheinungen und daher auch ihrer pathogenetischen Erklärung ist nach der bereits vorliegenden Kasuistik, die zahlreiche Uebergangsformen enthält, unthunlich. Wenn man vielmehr die allgemeinen Konvulsionen sich aus den lokalen entwickeln sieht, liegt es sehr nahe, für die ersteren dieselbe Pathogenese wie für die letzteren anzunehmen, d. h. den Sitz der Krankheit mit Hughlings-Jackson in die Rinde zu verlegen. Auch die Vielgestaltigkeit der rudimentären epileptischen Erscheinungen, die Anfälle von Bewusstseinsstörung, die sog. psychischen Aequivalente etc., lassen sich nur durch Affektion der Hirnrinde erklären, die allein vermöge ihrer räumlichen Ausdehnung und ihrer funktionellen Vielseitigkeit ein so buntes Krankheitsbild erzeugen kann. Dafür sprechen ferner Fritsch's Beobachtungen, dass von der Hinrinde aus sowohl partielle wie allgemeine Krämpfe hervorgerufen werden können, sowie die neuerdings wieder durch Bernhardt erhärtete Thatsache, dass gerade Tumoren der Convexität sehr gerne zu epileptischen Anfällen führen, endlich das Experiment Westphal's, der künstliche Epilepsie am Meerschweinchen dadurch erzeugte, dass er Schläge auf den Kopf applizirte, wobei doch eine Wirkung auf die Rindenparthieen wahrscheinlicher ist, als durch die weiche Hirnmasse hindurch auf Pons und Med. ablong. Auch Kussmaul und Tenner haben epileptische Zustände bei (künstlicher) Anaemie der Rinde beobachtet und kamen zu dem Schluss, „dass eine umschriebene anatomische Veränderung des Gehirns nicht als nächste Ursache epileptischer Anfälle betrachtet werden dürfe, weil das Coma nothwendig auf eine gleichzeitige Betheiligung des Grosshirns hinweist.“ Ebenso dürften die polymorphen als Aura bezeichneten (motorischen, vasomotorischen, sensorischen, sekretorischen und psychischen) Erscheinungen weit schwieriger in ein kleines Fleckchen der Med. oblong. zu verlegen sein als in die den verschiedensten Funktionen vorstehende Hirnrinde. Je nach der Sphäre, in welcher hier die krankmachende Ursache ihren Sitz hat, wird sich der Beginn der Epilepsie verschieden gestalten, und

man hat so bereits experimentell verschiedene klinische Erscheinungsformen der partiellen Epilepsie nachahmen können. — Bezüglich der Art der epileptischen Veränderungen in der Grosshirnrinde ist es wahrscheinlich, dass verschiedene Reize gleiche Symptome produziren können, und dass es von der nervösen Disposition abhängt, ob grössere oder kleinere Bezirke von der Störung ergriffen werden.

Wenn man erst den kortikalen Ursprung aller Formen von Epilepsie anerkennt, muss man die Bezeichnung „Rindenepilepsie" fallen lassen und die Bezeichnung „partielle Epilepsie" allein beibehalten, „da sie gewisse anatomische und symptomatologische Eigenheiten dieser Formen treffend charakterisirt."

Stintzing (München).

---

535. **D. de Jonge, Ueber einen Fall von sogenannter Compressionsmyelitis mit hochgradiger Steigerung des Tastsinns der gelähmten Unterextremitäten.** Aus der medic. Abtheilung des Kölner Bürgerhospitals. (Deutsche Med. Wochenschr. 1881. No. 35.)

Ein 27jähr. Pat., der im 3. Lebensjahre an Masern gelitten und sich seitdem eine Kyphose der Brustwirbelsäule zugezogen, im Uebrigen aber gut entwickelt hatte, bekam vor 14 Jahren eine Schwäche in beiden Beinen, die sich nach etwa 3 Jahren zur kompleten Lähmung ausbildete. Daneben entwickelte sich nächtliche Incontinentia, später mit Retentio urinae abwechselnd. Der (meist retardirte) Stuhlgang erfolgte zur Unzeit, wenn Pat. nicht eilig genug war. Trotz der verschiedensten therapeutischen Massnahmen änderte sich in den Beschwerden, zu denen auch noch Rückenschmerzen gehörten, nichts Wesentliches. Zur Zeit besteht eine starke kyphotische Krümmung, am stärksten am 6. Brustwirbel. Obere Extremitäten normal. Beide Unterextremitäten, besonders die Unterschenkel stark abgemagert, rechts mehr wie links, Motilität vollständig aufgehoben. Elektrische Erregbarkeit für beide Ströme sehr herabgesetzt. Reflexerregbarkeit der Unterextremitäten hochgradig gesteigert. Was aber vom gewöhnlichen Bilde der Myelit. transv. abwich, war die erheblich gesteigerte Sensibilität der Beine. Der Raumschwellenwerth ist bedeutend kleiner wie beim normalen Menschen. An der Vorderfläche des Unterschenkels besteht nach zahlreichen Versuchen noch bei 4—6 mm Nadelabstand Doppelempfindung, (normal 36—40 mm) auf dem Fussrücken bei 5—4 mm (normal 25 mm). Verf. hat in der Literatur nur einen Fall mit annähernd ebenso grosser Hyperaesthesie gefunden, den Brown-Séquard als halbseitige Lähmung beschreibt, „eine doppelseitige Hyperaesthesie dieses Grades aber dürfte dermalen noch nicht beobachtet sein." Auch die Empfindlichkeit der Haut für thermische und elektrische Reize war gesteigert, die Schmerzempfindung und Schmerzleitung aber normal.

Es liegt also eine Compressions-Myelitis vor, die ihren Ausgangspunkt an der dem 6. Brustwirbel entsprechenden Stelle des RM genommen hat. Ausser den Hintersträngen (Sensibilität) und den Hinterhörnern (Schmerzleitung) dürften alle übrigen Theile des RM an dieser Stelle mehr weniger affizirt sein. Da bei Reizung der hinteren Wurzeln, Hyperaesthesie nur gepaart mit der hier fehlenden Hyperalgesie vorkommt, ist hier an eine derartige Reizung nicht zu denken. Es muss also die Ursache der Hyperaesthesie auch im RM gelegen sein. Verf. sucht dieselbe in den von Woroschiloff angenommenen sensiblen Nervenfasern in den Seitensträngen. „Dass durch Degeneration dieser hypothetischen sensiblen Hemmungsvorrichtungen in ähnlicher Weise Hyperaesthesie hervorgerufen würde, wie durch Degeneration der thatsächlich in den Seitensträngen verlaufenden motorischen Hemmungsvorrichtungen beispielsweise gesteigerte Reflexbewegungen hervorgerufen werden, leuchtet ein.“ Bestätigung durch weitere Beobachtungen mit Sektionsresultaten bleibt abzuwarten.

Stintzing (München).

536. **Debove, Du traitement de la phthisie pulmonaire par l'alimentation forcée.** Ueber die Behandlung der Lungenschwindsucht durch die forcirte Ernährung. (L'Union Médic. No. 161 u. 162.)

Eine der unangenehmsten, weil die Consumtion des Körpers sehr beschleunigende, Begleiterscheinungen der Phthise ist das völlige Darniederliegen des Appetits, wobei schliesslich die Versuche, trotz des Widerwillens Nahrung aufzunehmen, regelmässig Erbrechen hervorrufen. Die Idee, dass diese Appetitlosigkeit nicht immer von hochgradigeren Digestionsstörungen begleitet oder verursacht sein dürfte, veranlasste den Verf. bei einem aufs äusserste heruntergekommenen Phthisiker, der kaum noch den vierten Theil einer Tasse Milch geniessen konnte, ohne dass sich Erbrechen einstellte, einen Versuch mit der künstlichen Ernährung vermittelst der Magensonde zu machen. Da ein Liter Milch auf diese Weise nach vorheriger Ausspülung des Magens eingeführt, gut ertragen wurde, vergrösserte Verf. allmählich die Dosis, so dass dem Kranken schliesslich pro Tag in zwei Sitzungen 2 Liter Milch, 200 gr rohes geschabtes Fleisch und 10 rohe Eier zugeführt wurden. Dies wurde, wie die vor jeder neuen Mahlzeit vorgenommenen Ausspülungen ergaben, vollständig verdaut und der Erfolg war sehr gut. Die Kräfte und das Körpergewicht nahmen zu, letzteres um 92 gr im Mittel täglich. Nachtschweisse und Schlaflosigkeit liessen vollständig nach, die Expectoration wurde mässiger. Die krankhaften Processe in den Lungen (Cavernen) blieben unverändert, dagegen besserte sich die begleitende Bronchitis bedeutend. Der Kranke, der sonst den ganzen Tag im Bett zubrachte und den jede kleine körperliche Bewegung ausser Athem brachte, konnte wieder rasch die Treppen steigen und ging den ganzen Tag umher. Nur zweimal während dieser durch einen

Monat und länger fortgesetzten Ernährungsweise traten Symptome von Verdauungsstörungen, Erbrechen und Diarrhoe ein, einmal nach Zusatz von 60 gr Tapioca zur Milch, das andere Mal durch eigene Schuld des Patienten, der bei einem Ausgang aus dem Hospital eine starke Portion Rum getrunken hatte. Diese günstige Erfahrung veranlasste Verf., dasselbe Verfahren bei zwei anderen Phthisikern einzuschlagen; der Erfolg war ein gleich günstiger, ebenso bei einer Hysterischen, bei der häufige während der Deglutition sich einstellende krampfhafte Contractionen der Pharynx und die dadurch gegebene Unmöglichkeit zu schlucken einen Zustand äusserster Erschöpfung hervorgerufen hatten, endlich bei einem an Ulcus ventriculi Leidenden, der nur Milch vertragen konnte, gegen dieselbe aber durch den lange fortgesetzten Genuss einen unüberwindlichen Widerwillen bekommen hatte; mit der Sonde eingeführt, ertrug er sie vorzüglich. Dass nicht das Ausspülen des Magens allein in Betracht zu ziehen ist, beweist der eine Fall eines Phthisikers, bei welchem dasselbe nicht stattfand, und doch der Erfolg der gleiche war. Bemerkenswerth war, dass die vorher ganz appetitlosen Kranken während der künstlichen Ernährung allmählich das Hungergefühl wieder bekamen und die Einführung von Nahrung mit der Sonde wieder verlangten. In zwei Fällen untersuchte Verfasser den Urin vor der forcirten Ernährung und dann wieder, nachdem dieselbe längere Zeit fortgesetzt war. Er fand die tägliche Harnmenge bedeutend herabgesetzt, die saure Reaktion vermehrt, den Gehalt an Harnstoff über das Doppelte gestiegen, den Eiweissgehalt etwas stärker. Die Vermehrung des Harnstoffs erklärt sich von selbst; bezüglich der verminderten Harnmenge nimmt Verf. an, dass die Kranken, die früher bei ihrer Schlaflosigkeit und ihrem Nachtschweisse während der Nacht viel tranken, jetzt, wo beide Symptome verschwunden sind, bedeutend weniger Flüssigkeit in 24 Stunden zu sich nehmen; was endlich die etwas verstärkte Albuminurie betrifft, so erinnert er an die von vielen Physiologen behauptete Möglichkeit der Ausscheidung geringer Quantitäten von rohem Hühnereiweiss durch die Nieren, welche also auch bei der grossen täglich eingeführten Menge dieses Stoffes in den vorliegenden Fällen anzunehmen ist. Verf. fordert zu weiteren Versuchen mit der forcirten Ernährung bei diesen sonst so verzweifelten und jeder Medication spottenden Zuständen auf.

Brockhaus (Godesberg).

---

537. **Dujardin-Beaumetz, De l'alimentation artificielle chez les Phthisiques.** Ueber die künstliche Ernährung der Phthisiker. (L'Union méd. Nr. 170.)

Verf. zieht obige Bezeichnug der von dem Erfinder dieser Ernährungsmethode, Debove, gebrauchten (alimentation forcée) vor, da es sich dabei in Wirklichkeit nicht um eine gegen den Willen des Kranken ausgeführte Nahrungsaufnahme, wie bei Geisteskranken,

handele. Im Uebrigen hat er das Verfahren von Debove mit geringen Modificationen (s. d. Original) bei einer Reihe von Phthisikern, welche sich meist in einem weit vorgerückten Krankheitsstadium befanden und an hochgradiger Appetitlosigkeit litten, erprobt und bestätigt die günstige Wirkung desselben. Er schickte bei gleichzeitig bestehendem Katarrh oder Erweiterung des Magens eine Ausspülung desselben mit einer leichten Lösung von Natr. bicarb. oder sulfur. (4,0 resp. 6,0 auf 1000 Wasser) vorher, führt dann zunächst 100—150 gr Leberthran, darauf 100 gr Peptone, darauf den Ernährungsbrei, bestehend aus 4 rohen Eiern, 100—150 gr fein geschabtem rohem Fleisch, so viel Milch, dass das Ganze recht flüssig wird und 20—30 gr Kochsalz, endlich eine gewisse Quantität warmer Milch ein. Bei Diarrhoe setzt er etwas Bismuth. subnitr. zu. In allen Fällen trat anfangs Erhöhung, später Constantbleiben des Körpergewichts — ein bei Schwindsüchtigen immer günstiges Zeichen — ein, der Schlaf wurde besser, die Nachtschweisse cessirten, Fieber, Husten und Auswurf wurden geringer, ohne dass die objectiven Befunde in den Lungen Veränderungen zeigten. In einem Falle, wo die künstliche Ernährung trotz bestehendem gutem Appetit versucht wurde, war der Erfolg ein ungünstiger, daher räth Verf. nur zur Anwendung derselben bei Anorexie der Phthisiker. Ulcerationen an Epiglottis und Kehlkopfeingang können, da sie die Einführung der Sonde schmerzhaft oder auch unmöglich machen, Contraindicationen für das Verfahren abgeben.

Brockhaus (Godesberg).

---

538. **Dr. W. Camerer, Die künstliche Ernährung der Säuglinge.** (Archiv für Kinderheilkunde. II. Bd. 12. Heft 1881.)

Verf. geht die gebräuchlichsten Ernährungsmethoden im Säuglingsalter durch, um zu zeigen, mit wie viel Unklarheit und Willkühr auch die zur Zeit anerkannten behaftet sind. Die Analysen der Kuhmilch differiren ungemein. Gorup-Besanez z. B. gibt als Procentwerthe für die Kuhmilch an: Wasser 85,7, Proteïnstoffe 5,4, Fette 4,3, Zucker 4, Salze 0,5. König dagegen Wasser 87,4, Proteïnstoffe 3,3, Fette 3,7, Zucker 4,9, Salze 0,7. Man müsste demgemäss bei einer nicht besonders analysirten Milch, für welche die Mittelwerthe angenommen werden müssten, um ein Gemenge mit 1% Proteïnstoffen herzustellen, nach Gorup-Besanez 1 Theil Milch mit 4,4 Theilen Wasser, nach König 1 Theil Milch mit 2,3 Theilen Wasser mischen. Eine allzustarke Verdünnung der Kuhmilch soll vermieden resp. corrigirt werden durch folgende Methode:

1. Man verdünnt die Kuhmilch mit dünnem Reis- oder Gerstenschleim, oder mit Lactinlösung. Der beabsichtigte Zweck ist zweifelhaft.
2. Die mit Wasser oder Schleim verdünnte Kuhmilch erhält einen Zusatz von künstlichem Verdauungssaft, also etwa von Salzsäurelösung

und Pepsin. Dieser naheliegende und vielversprechende Ausweg ist practisch noch wenig erprobt.

3. Bei der Methode Biedert's wird Rahm der Kuhmilch mit Wasser verdünnt; der Säugling erhält also eine an Eiweissstoffen und Zucker relativ ärmere, an Fetten reichere Nahrung als bei den übrigen Methoden. B. nimmt an, dass das Fett der Kuhmilch zur leichteren Verdauung der Eiweissstoffe beitrage.

Zur Klärung der Frage der künstlichen Ernährung müsste man feststellen, wie gross der normale Bedarf eines Säuglings an Wasser, Eiweissstoffen, Fetten, Zucker und Salzen ist, und wie die Normalnahrung von einem gesunden Säugling ausgenutzt wird. Wer derartige Untersuchungen unternehmen will, sollte im Besitz eines zur eigenen Familie gehörigen Säuglings sein. Zu solchen Versuchen braucht man eine kleine Brückenwaage, welche belastet jedenfalls mit 2 gr Uebergewicht einen Ausschlag giebt, Messcylinder und Urschalen, einen Trockenofen mit Thermometer, Geräthe zur Fettextraction mit Aether, eine Reibschale, eine Analysenwaage und einen Apparat zur Stickstoffbestimmung nach dem Dumas'schen Verfahren. Verf. giebt sodann an, wie auf verhältnissmässig leichte Weise der normale Verbrauch eines Säuglings für den Beginn des 1., 2. bis 6. Lebensmonates bestimmt wird, setzt ausführlich auseinander, wie die Analysen des Kothes vorzunehmen seien (im Original nachzulesen) und kommt zu dem Schluss, dass erst durch derartige Untersuchungen die Aufgabe der künstlichen Ernährung klargestellt und zugleich ein exacter Maasstab für Prüfung eines Kindernahrungsmittels resp. einer Methode der künstlichen Ernährung gegeben sei; als solcher würde eine Vergleichung der Ausnützung der künstlichen Nahrung mit der Ausnützung der normalen Nahrung dienen.

Kohts (Strassburg).

---

539. **Landau** (Berlin), **Die Wanderniere der Frauen.** Mit 9 Holzschnitten. (Berlin 1881. Verlag von August Hirschwald. 104 Seiten.)

Die monographische Abhandlung umfasst alle einschlägigen Fragen und können hier nur einzelne Punkte hervorgehoben werden.

Am häufigsten wurde das Leiden bei Kranken im Alter von 30—40 Jahren bemerkt. Vorzugsweise fand man Frauen mit Wandernieren behaftet, 87 : 10.

Ebstein's Zusammenstellung ergab unter 96 Fällen 82 Frauen und 14 Männer, Fritz's unter 35 Fällen 30 Frauen, 5 Männer, Lancereaux's unter 64 Fällen 55 Frauen, 9 Männer, Hare's unter 23 Fällen 20 Frauen und 3 Männer. Das Verhältniss würde sich noch bei weitem mehr zu Gunsten der Frauen gestalten, wenn in obiger Zusammenstellung Angaben von Autoren aufgenommen wären, welche lediglich Frauen behandeln. So beobachtete Howitz 34, Chroback 19,

Verfasser selbst 42 Fälle. Dietl gab das bezügliche Verhältniss der Frauen zu den Männern auf 100 : 1 an, welche Zahl jedoch sicher zu hoch gegriffen ist.

Meist wird die rechte Niere beweglich gefunden.

Ein entgegengesetztes Verhältniss ist bei der angeborenen Ectopie der Niere beobachtet, welche, wie die Angaben von Willis und Gruber lehren, sich bei weitem häufiger auf der linken Seite befindet.

Meist hatten die Frauen mit beweglicher Niere wiederholt geboren. Unter den 42 vom Verf. beobachteten Fällen befanden sich nur 2 Frauen, welche gar nicht geboren hatten.

In Betreff der Lebensweise und Beschäftigung der mit Wanderniere behafteten Kranken muss bemerkt werden, dass dieselben meist der arbeitenden Klasse angehören, wie dies bei dem klinischen und poliklinischen Beobachtungsmaterial von vorn herein zu erwarten ist. Indess ist dieses Leiden keineswegs auf die ärmere Klasse beschränkt, wie die von Henoch veröffentlichten 6 Fälle zeigen, welche sämmtlich Personen der besser situirten Stände betreffen.

Eine der wichtigsten und häufigsten Ursachen der Beweglichkeit ist der Schwund des Fettes in der Fettkapsel und die Lockerung des Peritoneum. Natürlich kann der Mangel des Nierenfettes nur dann die Beweglichkeit erzeugen, wenn dasselbe in grösserer Menge vorhanden war und rasch aufgebraucht wird. Geht aber die Consumtion des Fettes langsam vor sich, so findet eine Accommodation statt, und die Niere bleibt ebenso an ihrer Stelle, wie bei ganz jungen Individuen, deren Nierenkapsel noch kein Fett enthält.

Eine hervorragende Rolle bei der Erzeugung der Wanderniere spielen ferner besonders bei Frauen die Erkrankungen der Bauchdecken, welche physiologisch in der Schwangerschaft und in den zahlreichen Fällen von Geschwülsten der Genitalien bedeutenden Veränderungen in ihrer Dichte, Festigkeit und Elasticität ausgesetzt sind. Bei Vermehrung des thoracischen Druckes, wie beim Heben, bei schwerem Stuhlgang, überhaupt schweren Anstrengungen fällt alsdann das in einer straffen Bauchmuskulatur gelegene wirksame Fixationsmittel der Bauchcontenta fort, und es steht der Senkung der Nieren nur ein geringer Widerstand entgegen. Bei den häufigen physiologischen und pathologischen Ausdehnungen des Leibes erschlafft aber gleichzeitig das Peritoneum, und es wird das vordere peritoneale Blatt der Nierenkapsel und hiermit die Niere beim Hängebauch auch direct herabgezerrt.

Indess giebt es eine Reihe anderer bisher wenig beachteter Momente, welche die Abhängigkeit der beweglichen Niere von der Geschlechtssphäre des Weibes ausser den bereits genannten Ursachen der wiederholten Schwangerschaft, der Unterleibsgeschwülste u. s. w. darthun. Das sind die zahlreichen Lageveränderungen der Genitalien, die Senkungen, Vorfälle und Inversionen der Scheide und Gebärmutter.

Da die weiblichen Genitalien sowohl durch das Peritoneum als durch den Harnleiter, der nahe am Corpus uteri bis zum obersten Drittheil der Scheide in derselben verläuft, mit den Nieren in unmittelbarer Beziehung stehen, so wird der Zug noch durch die bei jenen

Leiden meist mit vorgefallene Blase verstärkt. Diesem Zuge giebt entweder die Niere nach, oder aber es wird durch denselben der Harnleiter verschlossen. Endlich trägt aber noch eine Reihe von Erkrankungen der weiblichen Genitalien mittelbar zur Entstehung der beweglichen Niere bei, indem sie durch Hervorrufen einer Hydronephrose die Nierenkapsel lockern.

Schon Walter erklärte das häufige Vorkommen der Hydronephrosen gerade bei Frauen damit, dass diese mehr Theile besitzen, welche die Harnleiter zusammendrücken und hierdurch zu Urinstauung Veranlassung geben können, als die Männer.

Auf die Wechselbeziehungen zwischen schwangerem Uterus und Niere hatte bereits Morgagni aufmersksam gemacht. Eine seltenere Ursache der Hydronephrosenbildung bei den weiblichen Genitalien hat Stadtfeld erwähnt, d. i. die Compression des Harnleiters durch parametrale Narben.

Die Obstruction des Harnleiters kann demnach bei Parametritis auf doppelte Weise zu Stande kommen, indem entweder das Exsudat den gleichseitigen Harnleiter direct comprimirt oder durch narbige Schrumpfung die Gebärmutter dermassen nach seiner Seite zieht, dass der entgegengesetzte Harnleiter verzerrt und sein Lumen aufgehoben wird.

Aehnlich wie eine Parametritis kann auch eine Haematometra durch Compression des Harnleiters eine Hydronephrose erzeugen, wie Tümpel gezeigt hat.

Eine der wichtigsten, bisher aber wenig beachteten Ursachen für die Hydronephrose jedoch ist der Vorfall der weiblichen Genitalien, worauf Virchow zuerst hingewiesen hat.

Eine Erklärung für dieses eigenthümliche Verhalten scheint Verf. jedoch nicht in den Gründen wie bisher gesucht werden zu dürfen.

Die Meinungen über die klinischen Folgen der Wanderniere sind unter den Autoren sehr getheilt. Rosenstein bemerkt hierüber: „Wichtiger als die angeborene Lageanomalie ist die erworbene bewegliche Niere, obschon auch sie eigentlich mehr negatives als positives Interesse hat, so dass die Kenntniss der bezüglichen Thatsachen wichtiger zur Vermeidung von diagnostischen Irrthümern, als um ihrer selbst willen ist, da das Leiden an sich keine grösseren Beschwerden macht und die Therapie kein Mittel hat, dem Uebel abzuhelfen."

Dieser Ansicht schliessen sich die meisten Hand- und Lehrbücher an, während im Gegensatz hierzu Keppler schon die uncomplicirte Wanderniere für ein tödtliches Leiden hält, so dass man dieselben, wenn sie nur irgend Symptome zeigt, ausrotten müsse.

Meist wirkt die Wanderniere wie ein Fremdkörper durch Zerrung und Compression von Nervenstämmen, Gefässen, Eingeweiden und durch functionelle Störungen, in geistiger und körperlicher Beziehung schädlich auf die Kranken.

Die mit einer beweglichen Niere behafteten Kranken werden gewöhnlich aber dann, wenn sie zufälligerweise eine Geschwulst im Bauche entdecken, von einer hypochondrischen Gemüthsstimmung befallen, die sich noch steigert, wenn das Leiden entweder vom Arzt für eine bös-

artige Neubildung erklärt oder trotz der Erklärung desselben, dass es keine sei, von den Kranken für eine solche gehalten wird.

Guéneau de Mussy beobachtete bei einer rechtsseitigen Wanderniere eine linksseitige Intercostalneuralgie; auch unter meinen Beobachtungen, sagt Vf., finden sich zwei, bei welchen eine Lumbal- und Intercostalneuralgie sich auf der linken Seite findet, während die rechte Niere beweglich ist. Uebt man in diesen beiden Fällen auf die leicht palpable Niere einen stärkeren Druck aus, so geben beide Kranken übereinstimmend einen circumscripten Schmerz in der anderen Nierengegend an.

Eine Steigerung der Schmerzen und Verschlimmerung des Allgemeinbefindens übt die Menstruation aus. Man beobachtet alsdann dieselben Erscheinungen, welche Mathews Duncan unter dem Namen Aching Kidney beschrieben hat, und die sich besonders in einem dumpfen Schmerz in der Nierengegend äussern, welcher von da bis in die Blase und das Kreuz ausstrahlt.

Die Thatsache jedoch, dass er nach der Menstruation und in der klimakterischen Periode zuweilen gänzlich nachlässt, beweist, dass ein vasomotorischer Zusammenhang zwischen den Genitalen und der Niere beziehentlich zwischen Plexus ovaricus und renalis besteht, wie Lanceraux und Fournier vermuthen.

Verf. findet die Erklärung der Genese und der klinischen Erscheinungen bei der sogenannten Nierenklemmung in einer intensiven localen Circulationsstörung in der beweglichen Niere, bedingt durch Torsion oder Abknickung oder spitzwinklige Insertion der Nierengefässe, besonders der Nierenvene in Folge der Lageveränderungen und Axendrehung der Niere.

Um diese Verhältnisse deutlicher zur Anschauung zu bringen, hat Verf. einige bezügliche Präparate von künstlich beweglich gemachten Nieren in der Leiche zeichnen lassen, welche einige Arten der Torsion und Knickung der Gefässe zeigen.

Es giebt vielleicht wenig pathologische Processe, welche so genau erforscht sind, als die hier in Rede stehenden, gröberen Circulations-Störungen in der Nierenvene. Max Hermann und Ludwig hatten gefunden, dass nach Unterbindung der Nierenvene die Harnkanälchen in Folge der Stauung des Blutes völlig verschlossen wurden, so dass die Harnabsonderung stillstand. Wurde die Nierenvene dann wieder permeabel, so trat die Harnsecretion wieder sehr rasch ein. Litten und Buchwald, welche die Nierenvene gleichfalls vollständig unterbanden, sahen die Niere in kürzester Zeit mächtig anschwellen.

Cohnheim bemerkt, dass bei Ligatur der Nierenvene das Organ rasch durch Stauung des Blutes und durch Entstehung von Oedem anschwillt, so dass es in weniger als einer Stunde an Gewicht und Grösse das Doppelte der anderen Nieren annehmen kann.

Aehnlich wie im Experiment finden wir beim Menschen ein plötzliches Auftreten der sogenannten Einklemmungs-Erscheinungen; auch hier entsteht in kürzester Zeit ein mitunter doppelt so grosser Tumor, als die Niere selbst ist, der durch die genaueste Palpation nicht von dieser abgegrenzt werden kann, und gleichfalls, gewöhnlich nach 6—8

Tagen, spurlos verschwindet. Ebenso stimmen die Erscheinungen von Seiten der Harnsecretion mit denen im Experimente überein, da auch beim Menschen im Beginne des Anfalls ein dunkler, mitunter bluthaltiger, in den ersten Tagen spärlicher Harn secernirt wird, der erst mit dem Eintritt der Genesung einem profusen, wasserhellen Urin Platz macht. Die subjectiven Symptome erklären sich ebenfalls durch diese Annahme sehr leicht, da mit dem plötzlichen Ausfall der Function der einen Niere die andere nicht plötzlich und schnell vicariirend eintritt, so dass es für kürzere Zeit zu leichten urämischen Erscheinungen kommt.

Am unzweideutigsten erkennt man den Zusammenhang der beweglichen Niere und der Hydronephrose durch ein Symptom, welches bei der Genese der Hydronephrose durch die Wanderniere geradezu als ein pathognomisches zu betrachten ist, d. i. die periodische Anfüllung und Entleerung des hydronephrotischen Sackes. Diese durch das häufige Auftreten und Verschwinden einer Geschwulst sich bemerkbar machende Erscheinung, welche man mit Cole und Marris intermittirende oder temporäre oder auch ricidivirende Hydronephrose nennen kann, hat bei der Wanderniere nur Eger beschrieben.

Die Erkenntniss der beweglichen Niere stützt sich auf die physikalischen, besonders palpatorischen Zeichen derselben und die Kenntniss der durch sie bedingten mannigfachen Erscheinungen.

Besonders schwierig kann die Entscheidung darüber werden, ob ein Lebertumor, Schnürleber, Hypertrophie, Zipfelbildung derselben oder eine uncomplicirte oder an dem unteren Leberrande adhärente, bewegliche Niere vorliegt, da wir bei beiden Zuständen dieselben percutorischen und palpatorischen Befunde erhalten, und die Symptome beiderseits in gastrischen Störungen, Icterus und vagen Schmerzen im Unterleibe bestehen können.

Die Hydronephrose beweglicher Nieren bietet den aus anderen Ursachen entstandenen Hydronephrosen gegenüber nur ein pathognomonisches Zeichen, d. i. ihr häufig, auch klinisch sich bemerkbar machendes, intermittirendes Auftreten. Diese Intermissionen werden allerdings auch bei anderen Zuständen, z. B. Carcinom der Blase in der Gegend des Trigonum oder bei häufigen Nierensteinen beobachtet, aber eine Verwechslung mit der Hydronephrose bei beweglicher Niere ist wegen anderer charakteristischer Erscheinungen jener Erkrankungen kaum möglich.

Nachdem Keppler die Behauptung aufgestellt hatte, dass die Wanderniere als solche, selbst ohne alle und jede Complication sobald sie irgend welche in Erscheinung tretende Störungen im Organismus verursacht, durch die Nephrotomie mittelst Bauchschnittes zu entfernen ist, sind diesem Rath gemäss bis Ende 1880 6 mal gesunde Wandernieren exstirpirt worden, und zwar 4 mal von Martin mit 2 Todesfällen, 1 mal von Smyth und 1 mal von Merkel. Im letzten Falle erfolgte ebenfalls der Tod, so dass von 6 Personen 3 zu Grunde gegangen sind.

Die Exstirpation einer gesunden Wanderniere lässt sich jedoch in keiner Beziehung rechtfertigen.

Sofort aber muss man aus der expectativen Therapie, was freilich nur selten nöthig werden wird, heraustreten, sobald sich die Er-

scheinungen eines peri- oder paranephritischen Abscesses oder gar ein Abscess der Niere selbst zeigen. Breite Incisionen in der Gegend des Abscesses, ja sogar die Exstirpation der Niere sind hier, jedoch nur hier allein, angezeigt. Glücklicherweise ist dies Ereigniss so selten, dass es mir nicht gelungen ist, aus neuester Zeit einen diesbezüglichen Fall aufzufinden.

Zeigt die Hydronephrose der beweglichen Niere in klinischer Beziehung noch ihren intermittirenden Charakter, so kann man ruhig abwarten, bis dieselbe stationär geworden ist. Alsdann aber gilt keine andere Behandlung, als die der Hydronephrose überhaupt; und zwar kommen nur zwei Verfahren in Betracht: die totale Ausrottung des Sackes oder die Anlegung einer Nierenbecken-Bauchfistel.

Die Exstirpation des ganzen Sackes ist, wie eine Zusammenstellung Kroner's zeigt, bisher 8 mal ausgeführt worden; darunter geschahen 4 Operationen unabsichtlich in der irrthümlichen Annahme einer Ovariencyste; 4 mal trat der Tod ein.

Prognostisch weit günstiger ist der zweite hier in Betracht kommende Weg der Heilung, die von Simon empfohlene Anlegung einer Nierenbecken-Bauchfistel. Sämmtliche bisher bei der Hydronephrose der Wanderniere operirten Fälle von Ahlfeld, Pernice, Landau verliefen günstig.

Die Erfahrung zeigt, dass bei Anlegung einer Nierenbecken-Bauchfistel die von dem Inhaltsdrucke befreiten, plattgedrückten Nierenkelche sich wieder ausbilden und quantitativ und qualitativ fast normal functioniren, so dass man dem Kranken mit dieser Operationsweise geradezu die bereits ausser Function gesetzte Niere wiedergiebt.

Zum Schluss folgen des Verf. eigene Beobachtungen.

Kocks.

---

540. **Dr. Leopold Loewy, Das Chinolin gegen Intermittens und Intermittens-Neuralgien.** (Wiener med. Presse, No. 39—42.)

Das Chinolin, welches bei Destillation von Chinin, Chinchonin mit Alkalien gewonnen und in neuester Zeit aus dem sehr billigen Steinkohlentheer dargestellt wird, besitzt, wie Donath's experimentelle Untersuchungen nachgewiesen haben, ausgezeichnete antiseptische, antizymotische und antipyretische Eigenschaften. Diese vielfachen Analogien des Chinolins mit dem Chinin bewogen L. dasselbe auf seine Wirksamkeit bei Intermittens und bei typischen Neuralgien zu prüfen. An Stelle des an der Luft rasch zerfliesslichen salzsauren Chinolins bediente er sich des in Wasser und Weingeist leicht löslichen Chinolinum tartaricum. Erwachsene liess er 3 Stunden vor dem Anfall 1 gr auf 2—3mal nehmen, je nach der Empfindlichkeit des Magens als Pulver in Oblaten oder in Lösung (1 gr auf je 50 gr Aqu. dest. und

Syr. rub. mit 1—3 gr Aqu. lauroc.). Kranken mit darniederliegender Magenverdauung gab er nach jeder Dosis 1 Löffel voll Citronensaft. Unter den Fällen, in denen L. das Chinolin anwandte, waren 29 Intermittens mit quotidianem und tertianem und 2 mit quartanem Typus, 1 Fall bei einem Kinde mit quotidiana duplicata und 9 typische Neuralgien. Einige dieser Kranken hatten bereits vergeblich Chinin genommen. Nur zwei Individuen vertrugen Chinolin gar nicht, sie bekamen jedesmal heftiges Erbrechen, so dass doch zum Chinin gegriffen werden musste. Im Uebrigen erwies sich das Chinolin als ein gutes Antitypicum, welches dem Chinin an die Seite gestellt werden darf und dasselbe vollkommen zu ersetzen im Stande ist, ja dasselbe in mancher Beziehung überragt, da es nicht jene dem Chinin eigenthümlichen störenden Nebenwirkungen auf das Gehirn äussert. Besonders dort, wo die Kostenfrage in Betracht gezogen werden muss, empfiehlt sich die Anwendung des sehr billigen Mittels. Die bemerkenswerthen Uebelstände des Chinolins bestehen in dem intensiven eigenthümlichen Geruch, in dem leicht ätzenden Geschmack und in der starken Magenreizung, welche es bei empfindlichen Personen hervorruft, so dass es zum Erbrechen kommt.

Der bei Chinin-Anwendung geübten Darreichungsmethode analog, gab L. in jenen Fällen ausser der ersten 1 gr Dosis noch die 2 folgenden Tage je $^1/_2$ gr Chinolin ebenfalls 3 Stunden vor der Zeit, wo der Anfall gewöhnlich auftrat und bei den Fällen von quartana am 4. Tage nochmals ein volles Gramm; sodann liess er noch die folgenden 8 Tage dreimal täglich einen Theelöffel einer Mixtur von $1^1/_2$ gr Chinolin, 10 gr Tinct. amar., 80 gr aromatischen Wassers und 20 gr Syrup gebrauchen.

Ungar.

---

541. **H. Vierordt, Ueber Bandwurmkuren mit Extractum filicis maris.** (Med. Correspondenzbl. d. würtemb. ärztl. Vereins. No. 35, 1881.)

Während vom Jahr 1872 ab, auf der medicinischen Klinik in Tübingen mittelst der verschiedensten Verfahren und Methoden behufs Abtreibung des Bandwurmes nur ganz ungünstige Erfolge zu verzeichnen waren (von 21 Fällen wurden nur 2 durch den directen Nachweis des Kopfes erfolgreich behandelt), wurden durch ein neues Curverfahren überraschende Resultate erzielt. Dasselbe seit $1^1/_2$ Jahren auf der Klinik geübt, besteht in der Verwendung eines von Dr. Haidlen in Stuttgart dargestellten (nach V. besonders wirksamen) Extr. filicis maris aeth., welches zu 10 gr nach vorausgehendem ausleerendem Clysma 1 Stunde nach dem aus stark gesüsstem schwarzen Kaffee bestehendem Frühstück verabreicht wird. Nachtrinken von Cognac und schwarzem Kaffee gegen den üblen Geschmack und Brechreiz. 25 Minuten nach Aufnahme der Medicamente wieder ein Pulver aus 1,0 Ja-

lape und 0,5 Calomel, und je nach weitern 25 Minuten wiederholt 0,5 Calomel gegeben, von dem im Ganzen nicht mehr wie 3 Portionen verbraucht wurden. Sobald Glieder abgehen, wird untersucht und nach Auffinden des Kopfes die Cur abgebrochen. Führen diese Laxantien nicht zum Ziele, so muss mit Ol. Ricini und Clysmata nachgeholfen werden.

Das im Ganzen jetzt dreizehnmal angewandte Kurverfahren schlug nur zweimal fehl, und war bei dem einen dieser Patienten nach 11 Monaten ein Bandwurm nicht zu constatiren. Bei den 11 Patienten wurden im Ganzen 14 Köpfe gefunden. V. rühmt bei dieser Methode deren Kürze, Einfachheit und wenig eingreifende Natur derselben, indem irgend welche unangenehme Symptome dabei nicht zur Beobachtung kamen.

Hindenlang (Freiburg).

Neue Bücher.

Hortolès, Etude du processus histologique des néphristes, avec 4 figures dans le texte et 5 planches chromolithographiées. Paris, J. B. Baillière et fils. 6 fr.

Lang, Ueber Psoriasis (Schuppenflechte). (Sammlung klin. Vorträge 208.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Moos, Pollnow & Schwabach, Gehörsstörungen des Locomotivpersonals und deren Einfluss auf die Betriebssicherheit der Eisenbahnen. Wiesbaden, Bergmann. 1 M. 80 Pf.

Riant, Hygiène du cabinet de travail. Paris, J. B. Baillière et fils. 3 fr.

Senator, Die Albuminurie im gesunden u. kranken Zustande. Mit 1 lithogr. Tafel. Berlin, Hirschwald. 3 M. 60 Pf.

Terrillon, Leçons de clinique externe. Paris, Doin. 4 fr.

Ulrich, Die Aetiologie des Strabismus convergens hypermetropicus. Ein Vorschlag, denselben im Entstehen zu bekämpfen. Cassel, Theod. Fischer. 1 M. 20 Pf.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 31. December. Nro. 40.

Casuistischer Beitrag zur Lehre vom Muskelsinn und der Ataxie.

Vorläufige Mittheilung

von

Dr. H. Menche,
Assistenzarzt der stat. med. Klinik zu Bonn.

Fälle, bei denen trotz mehr oder weniger gestörter Sensibilität der Haut und Muskeln keine Ataxie bestand, sind wenige in der Literatur verzeichnet. Ausser dem bekannten Fall von Späth[1])-Schüppel[2]) gehören hierher: der Fall von Engesser[3]) und aus der neuesten Zeit

1) Beitr. zur Lehre von der Tabes dorsualis. Tübingen, 1864.
2) Ueber einen Fall von allgemeiner Anästhesie. Archiv d. Heilk. XV. 1874. S. 44.
3) Deutsches Archiv f. klin. Medic. XVII. 1876. S. 556.

die Fälle von D. Drummond[1]). In dem bekannten Streit über motorische und sensorische Ataxie sind die beiden ersten Fälle von Erb[2]) benutzt worden, um die Möglichkeit einer sensorischen Ataxie in Zweifel zu ziehen. Klarer noch als diese spricht für die Ansicht von Friedreich, Erb etc. ein Fall, der in letzter Zeit in hiesiger Klinik beobachtet wurde.

Emma Tr . . . . 19 Jahre, wurde den 6. IX. 1881 in hiesige medicinische Klinik aufgenommen.

Sie datirt den Anfang ihres Leidens seit $1^1/_2$ Jahren.

Es besteht bei ihr Nystagmus beider Augen mit Glaskörpertrübungen (derselbe soll von Geburt an vorhanden sein).

Stark ausgeprägter spastischer Gang. Coutrakturen bei passiven Bewegungen der Beine. Erhöhung der Patellarsehnenreflexe. Das Fussphänomen ist durch leichten Druck auf die Fusssohlen beiderseits hervorzurufen. Sensibilität in den Beinen intakt.

Am rechten Arm besteht totale Sensibilitätslähmung der Haut und Muskeln; die Tast-, Schmerz-, Temperaturempfindung ist vollständig erloschen, ebenso das Mukelgefühl und der Muskelsinn, so dass sie nicht im Stande ist, den linken Arm in eine Stellung zu bringen (bei geschlossenen Augen), in die man den rechten gebracht hat. Sie macht bei Aufforderungen hierzu nicht den geringsten Versuch, dies zu thun.

Es besteht leichtes Hautödem im R. Arm und vom 28./X. — 1./XI. entstanden im Gebiet des rechten Nerv. ulnaris mehrere Pemphigusblasen, die später schlecht heilende Ulcerationsflächen bilden.

Pat. wurde den 5./XI. von Herrn Geh.-Rath Rühle vorgestellt und von demselben die Diagnose auf multiple Sklerose des Rückenmarks gestellt, die des Gehirns wurde fraglich gelassen.

Später wurde die vorhandene Motilität des R. Armes genauer untersucht und es fand sich folgendes:

Pat. vermag bei zugebundenen Augen den rechten Arm, die Hand und die Finger in jede beliebige Stellung zu bringen, die man dem gesunden linken giebt, ohne eine Bewegungsstörung bei diesen Bewegungen zu zeigen. Giebt man ihr an, beliebige Bewegungen mit dem rechten Arm, der Hand und den Fingern auszuführen, z. B. einen Kreis zu beschreiben, so vollführt sie diese ohne eine Spur von Ataxie bei offenen und geschlossenen Augen. Sie isst mit der Hand, strickt etc. und schreibt sogar mit Bleistift noch Briefe. Die Störungen bei der Ausführung dieser Beschäftigungen, bei denen sie also einen Gegenstand mit der rechten Hand festhalten muss, sind auf die Sensibilitätsparalyse der Haut zu beziehen. Selbst bei zugebundenen Augen ist sie im Stande, einzelne Buchstaben mässig gut mit der rechten Hand zu schreiben.

Ich glaube dieser Fall spricht klar genug; er beweist, dass coordinirte Bewegungen ohne Muskelsinn möglich sind, und dass ein Ab-

---

1) Tabes dorsalis without locomotor ataxy. Brit. med. Journ. April 2. 1881. p. 508.

2) Ziemssen's Handbuch. XI. 2. 1. S. 87. 1876. und XI. 2. 2. S. 172. 1878.

hängigkeitsverhältniss der Ataxie von Störungen der Sensibilität der Haut und Muskeln nicht existirt. Auch gegen die neuere Ansicht von Leyden, der die Ursache der Ataxie in einer Störung der unbewussten centripetalen Erregungen sucht, spricht dieser Fall, sofern diese auch dieselben Leitungsbahnen haben, wie die bewussten Empfindungen. Und wenn Erb nach Betrachtung des Falles von Späth-Schüppel zu dem Schluss kommt, dass ein sensorischer Controlapparat bei intakten Coordinationsapparaten nöthig ist, um nicht Ataxie zu erzeugen, indem er jedoch sehr fraglich lässt, ob die Bewegungsstörungen, die entstehen, wenn ein Anästhetischer die Augen schliesst — also kein sensorischer Controlapparat in Thätigkeit ist — mit der Ataxie auch nur Aehnlichkeit haben, so muss nach diesem Fall der Schluss gezogen werden, dass bei intakten Coordinationsapparaten zur Erhaltung der Coordination kein sensorischer Controlapparat nöthig ist, mithin jede Ataxie eine motorische ist.

542. **Lombard, De la periodicité physiologique et pathologique.** Ueber physiologische und pathologische Periodicität. (Rev. méd. de la Suisse Rom. Heft 12.)

Als Paradigma der physiologischen Periodicität stellt L. den Schlaf, als das der pathologischen das Wechselfieber auf. Die Ursache des ersteren sieht er mit Preyer u. A. in der periodischen Anhäufung ermüdender und Schlaf erzeugender, sog. ponogener Stoffe im Körper; während des Schlafes werden diese oxydirt und aus dem Körper entfernt. Dass der Sympathicus dabei aber eine Rolle spielt, ist nach Verf. wahrscheinlich, weil die drei Functionen, bei denen das sympathische Nervensystem in Thätigkeit ist, die Wärmebildung, die Circulation und Respiration, während des Schlafes verändert sind und zwar im negativen Sinne. Er bespricht sodann die verschiedenen über die Ursachen der periodischen Fieberanfälle bei Intermittens aufgestellten Hypothesen. Am plausibelsten erscheint ihm die Theorie von Rüdiger und Ackermann; diese fassen die Periodicität auf als die Folge einer allmählichen Anhäufung gewisser unwägbarer Fluida in den nervösen Ganglien, welcher nach kürzerer oder längerer Zeit eine Entladung folgt. Auch hier spielt nach L. der Sympathicus eine Rolle; welcher Art die supponirten unwägbaren Fluida sind, und wie sie wirken, ist ein zur Zeit noch ungelöstes Räthsel. Im Anschluss an diese beiden Paradigmen erörtert Verf. die übrigen Beispiele physiologischer und pathologischer Periodicität, Hunger, Durst, Menstruation, Harn- und Stuhlentleerung einerseits, Neuralgien, Migräne, Hysterie, Epilepsie, psychische Erkrankungen und verschiedene Congestionszustände, Blutspeien, Haemorrhoidalblutungen etc. andrerseits.

Brockhaus (Godesberg).

543. **Girard, Notes sur une épidémie de diphthérie dans un jardin Froebel.** Bemerkungen über eine Diphtheritisepidemie in einem Fröbel'schen Kindergarten. (Rev. méd. de la Suisse Rom. Heft 12.)

Die Epidemie nahm ihren Anfang mit der Erkrankung zweier Knaben (Brüder) von 4 und 5 Jahren, welche an chronischer Mandelhypertrophie litten. Von den Besuchern des Kindergartens erkrankten im Ganzen 30, von den Angehörigen derselben 20, 6 Erkrankte starben. Als ätiologisches Moment musste der sehr schlechte Zustand, in dem sich die Aborte befanden, angesehen werden. Verf. beschreibt einige Fälle ausführlich und knüpft daran Bemerkungen über die Natur etc. der Diphtheritis. Er rechnet die Krankheit zu den miasmatisch-contagiösen. Während in der beschriebenen Epidemie die Verbreitung der Krankheit durch Uebertragung von Kind zu Kind direct nachzuweisen war, muss das Auftreten der Diphtheritis in hochgelegenen Thälern der Schweiz, deren Bewohner monatelang mit der Bevölkerung der Ebene nicht in Berührung gekommen waren, auf eine autochthone Entstehung durch Miasmen zurückgeführt werden. Verf. schlägt für letztere Epidemien den Namen épidémies vierges vor. Er bespricht sodann des weiteren die Ansichten der verschiedenen Forscher über das Wesen etc. des Diphtheritisgiftes, worüber das Original nachzusehen. Therapeutisch ist er dem Kali chlor. treu geblieben, welches er auf das wärmste empfiehlt. Er giebt es in 5% Lösung, je nach dem Alter des Kindes am ersten Tage thee- bis esslöffelweise stündlich, an den folgenden Tagen in längeren Pausen, so dass die Kinder am ersten Tage ca. 5 gr, an den folgenden die Hälfte erhielten. Ausserdem liess er Inhalationen mit 3% Carbollösung machen und den Hals in halbstündlich zu erneuernde Priesnitz'sche Umschläge einwickeln. Bei dieser Medication hatte er unter 20 von ihm behandelten Fällen 19 mal Erfolg; in dem einen, trotz Tracheotomie letal verlaufenden Falle war auf den Rath eines andern Collegen Natr. benz. angewendet worden. Verf. hat im Laufe der Zeit alle während der letzten Decennien gegen die Diphtherie empfohlene Mittel durchprobirt, mit keinem aber so günstige Resultate erzielt, wie mit dem Kal. chlor. Er räth, der Lösung keinen Syrup zuzusetzen, der überhaupt bei allen Krankheiten des Mundes, Rachens etc. zu vermeiden ist, da er schädliche Fermentation erzeuge. Er ist entschiedener Gegner der internen Anwendung der Antiseptica, Carbolsäure, Thymol etc., da sie, wie die Versuche mit Thymolvaccine ergeben haben, erst in einer entschieden toxischen Concentration pilztödend wirken. Vom Kal. chlor. hat er bei seiner Anwendungsweise nie Intoxication gesehen. Verf. vertritt die Ansicht, dass die Diphtherie in der Mehrzahl der Fälle zunächst ein locales Leiden darstellt, zu dem die Infection des Gesammtorganismus sich erst secundär hinzugesellt; in einer Reihe von Fällen tritt aber unter bisher nicht bekannten Bedingungen die Allgemeininfection primär ein. Es sind dies die schwersten Fälle, die von vornherein mit hohem, continuirlichem Fieber, Hämorrhagien, Albuminurie, Sopor und einer von

mechanischen Athmungshindernissen nicht abhängigen Cyanose verlaufen. In diesen Fällen hält er die Tracheotomie, weil völlig nutzlos, für contraindicirt.

Brockhaus (Godesberg).

---

544. **Dr. Goschler** (Prag), **Die Gaumengeschwüre der Neugeborenen in Hinsicht der Beschaffenheit und des Verlaufes derselben nach eigener Beobachtung.** (Allg. Wiener med. Zeit. Jahrg. XXVI. No. 49.)

Bei Neugeborenen zeigt sich am 1.—4. Tage nach der Geburt, bisweilen auch einige Tage später, an der Schleimhaut des harten Gaumens in der Gegend des Gaumenwinkels ein rundlicher weisser Fleck in der Gestalt einer aufgelagerten Membran von der Grösse eines halben Centimeters, einige Tage später entsteht ein gleicher Fleck an der entsprechenden Stelle der anderen Gaumenhälfte. Nach 3—4 Tagen gehen diese Flecke unter Abstossung ihrer obersten Schicht in ein Geschwür über, welches mit einem grauen speckigen oder grünlichen Exsudat bedeckt ist. Ein gleicher Fleck mit gleichem Verlauf entsteht an der Gaumennaht. Gewöhnlich dauert es bis zur Heilung der Geschwüre 4 Wochen. Tonsillen, Pharynx und Kehlkopf bleiben gewöhnlich von der Affektion frei, bisweilen intercurrirt Soor. Das Leiden ist von einem Darm-Catarrh mit missfarbigen grünen, übelriechenden, schleimigen wässrigen Stühlen und Kolikschmerzen begleitet. Der Catarrh bessert sich mit der Heilung der Geschwüre.

Ein höherer Grad der Krankheit offenbart sich durch Ausbreitung des Prozesses auf grössere Strecken der Schleimhaut der Mundhöhle, jedoch nicht des Zäpfchens der Tonsillen, Pharynx und Larynx, und vergesellschaftet sich mit den Erscheinungen der Nasendiphtheritis. Die Unfähigkeit zu saugen ist noch grösser. Meist ist der Ausgang hierbei ein tödtlicher, auch geht der geschwürige Prozess auf die Lippen und Wangen über.

Als Complicationen kommen vor: Pemphigus, Rubeola, Miliaria rubra, Erythem, Icterus, Omphalitis.

Verf. nennt diese Krankheitsform Diphtheritis der Neugeborenen. Ihr entspricht am meisten die Stomatitis ulcerosa der Literatur.

Die diphtheritische Natur dieser Affection deducirt der Verf.

1. aus dem causalen Moment. „Es ist mehr als wahrscheinlich, dass die Gaumengeschwüre der Neugeborenen ihre Entstehung der Einwirkung eines Infectionsstoffes verdanken." Epstein hat in ihnen Micrococcus-Ballen gefunden, und gleichzeitig Infiltration der Parotis und Unterkiefer-Drüse und Nasen-Diphtheritis beobachtet. Die Uebertragung auf die Gaumenschleimhaut des Kindes geschehe oft beim

Baden des Kindes sowie durch die unreinen, mit Lochial-Secret bedeckten Fingern der Wärterinnen.

2. aus dem Verlauf und der langen Dauer des Prozesses, welcher länger sei als derjenige anderer Formen von Mundgeschwüren.

3. aus der Uebertragbarkeit dieser Geschwüre. Bei rituell circumcidirten Kindern trat in der Wundfläche am penis alle Male diphtheritischer Belag auf, sobald die Kinder an dieser Form der Gaumengeschwüre litten.

Die Symptome gleichen wegen der Aehnlichkeit der Mundgeschwüre und der ebenfalls hierbei vorkommenden Hautaffektionen, nämlich Erythem, Rhagaden, denen der congenitalen Syphilis. Ein solches Beispiel liefert die angeführte Krankengeschichte: Ein für syphilitisch gehaltenes neugeborenes Kind nahm Quecksilber ohne Erfolg und genas später allein durch rationelle Ernährung mit Ammenmilch.

Therapie: Zunächst sind die complicatorischen Erkrankungen zu berücksichtigen und zu behandeln.

Local: Reinhalten der Geschwüre und Pinseln mit Kali chloricum oder K. hypermangan. Wenn die Geschwüre bluten oder stark granuliren, empfiehlt sich Pinseln mit Alaun, Tannin-Lösung, oder Borax. Argent. nitric oder Salzsäure hatten keinen günstigen Erfolg.

An denselben Stellen des Gaumens, „wo diese beschriebenen Geschwüre entstehen, kommen sehr häufig bei Säuglingen Excoriationen vor, weil diese Stellen durch das Saugen besonders in so fern angegriffen werden, als die Luftverdünnung in der Mundhöhle beim Saugacte dort eine Hyperaemie hervorruft, als deren Folge ein leichtes Transsudat, Abschilferung des Epithels und Excoriation (daher Suctions-Excoriation genannt) hervortreten.“

Bartold.

---

545. **Prof. E. Neumann** (Königsberg), **Ueber Blutregeneration und Blutbildung.** (Zeitschrift für klin. Medicin. 1881. III. 411—449.)

I. Ein Fall von chronischer Blutungs-Anämie.

Verf. gibt die Krankengeschichte einer Frau, die im 38. Lebensjahre wiederholten Blutungen eines Fibromyoma uteri unterlegen war, und den Sectionsbefund. Der letztere bestätigte die schon ältere Erfahrung des Vf.'s, dass bei chronischen Erschöpfungskrankheiten und insbesondere nach Blutungen das Knochenmark ausserordentlich reich ist an jungen, sich entwickelnden rothen Blutzellen. Das sonst fettreiche Mark der Röhrenknochen hatte die Beschaffenheit eines rothen (lymphoiden) Markes angenommen und schloss wie das Mark der Rippen und der Wirbel eine abundante Fülle von embryonalen, d. h. kernhaltigen rothen Blutzellen ein. Diese fanden sich in gewisser Zahl auch

im allgemeinen Blutstrom, und zwar in der Vena azygos (deren Wurzeln in den Wirbeln und Rippen zu suchen sind) mehr davon als im Blute der Aorta. Das Gewebe der Milz und der Lymphdrüsen dagegen war trocken und saftarm und fast frei von jungen Blutzellen. Immerhin erschienen die Lymphdrüsen röther als die übrigen Organe, und die Lymphräume waren mit rothen Blutkörperchen, denen grosse, blutkörperchenhaltige Zellen beigemengt waren, stark angefüllt. Der Vf. kann indess eine hämatopoetische Thätigkeit der Lymphdrüsen nicht acceptiren und erklärt diesen Befund aus einer krankhaften Permeabilität der Blutgefässwandungen und dem Uebergang von Blutzellen in die Lymphgefässwurzeln.

II. Lymphdrüsen und Milz als Blutbildungsorgane.

Die bisherigen Untersuchungen berechtigen zu der Annahme, dass im extrauterinen Leben des Menschen weder die Lymphdrüsen noch die Milz eine irgend hervorragende Bedeutung für die Bildung rother Blutkörperchen besitzen. Der Verf. hat einige weitere Untersuchungen an Hunden angestellt, um das Verhalten der Milz nach wiederholten Blutentziehungen zu prüfen. Die Sectionen ergaben eine im wesentlichen vollkommene Uebereinstimmung mit dem sub I. beschriebenen Leichenbefund: Milz von normaler Grösse, durchweg blass, sehr trocken, Oberfläche runzelig; enthält sehr vereinzelte gefärbte kernhaltige Blutzellen; diese letzteren finden sich vereinzelt auch im Blute der Aorta, in relativ grosser Zahl dagegen im Blute der an der Hinterfläche der Wirbelkörper gelegenen Venenplexus; und in ausserordentlich grossen Mengen sind sie in sämmtlichen rothen Marktheilen vorhanden (in den Wirbeln und Rippen sowie im Femur und Humerus und in der untern Hälfte der Tibia, der Ulna und des Radius). Ganz analoge Befunde lieferten Milz und Knochenmark von Kaninchen, welche durch tuberkulöse Prozesse zu Grunde gegangen waren.

III. Kritische Bemerkungen über einige neuere Theorien der Blutkörperchenbildung.

In neuerer Zeit ist die Annahme, dass die rothen Blutkörperchen-Zellen, und dass kernhaltige gefärbte Zellen ihre Vorstufen sind, wieder beanstandet worden. In dieser Frage gilt dem Verf. folgendes als erwiesen:

1. Von der frühesten embryonalen Anlage des Gefässsystems bis in das späteste Alter lassen sich gefärbte, kernhaltige Blutzellen nachweisen (von Kölliker zuerst in der embryonalen Leber, von Neumann für alle Lebensalter im rothen Kochenmark der Rippen, Wirbel u. s. w. gefunden).

2. Die Menge derselben geht der Energie des Blutbildungsprozesses parallel.

3. Die Kerne in den rothen Blutkörperchen des Embryo und des Knochenmarks haben die Bedeutung wahrer Zellkerne.

4. Die Umbildung in kernlose Zellen (die definitiven rothen Blutkörperchen) kommt dadurch zu Stande, dass der Kern allmählich

schwindet oder aufhört, als ein von der gefärbten Zellsubstanz besonders differenzirter Körper zu existiren.

Der Verf. bekämpft entgegenstehende Ansichten, so diejenige von Rindfleisch, nach welcher der Kern sich nicht auflöst, sondern sich von der Zelle abtrennt, den gefärbten Zellenleib zurücklassend; ferner Erb, welcher annahm, dass farblose Zellen die Vorstufe der rothen Körperchen bilden, in welchen ersteren der Kern zerfällt und erst später Farbstoff auftritt, u. a.

Insbesondere aber widerlegt N. die Ausführungen von Hayem und Pouchet, welche versucht haben, die alte Zimmermann'sche Doctrin von der Entstehung der rothen Blutzellen aus Elementarkörperchen (von ihnen Hämatoblasten genannt) neu zu beleben. Diese Körnchenbildungen (M. Schultze) im Blute sind längst bekannt; sie werden von den genannten französischen Forschern aus dem Protoplasma von Lymphkörperchen (H.) oder von einer eigenthümlichen Gerinnung des Blutplasma (P.) abgeleitet. Angeblich sollen Uebergangsformen zwischen diesen „Hämatoblasten" und den rothen Blutkörperchen im normalen Blute vorhanden sein, — die aber der Vf. für Artefakte oder postmortale Bildungen hält; die Körnchenhaufen sollen Farbstoff aufnehmen, — was sonst von Niemandem beobachtet worden ist, — während die Möglichkeit, dass umgekehrt die rothen Blutkörperchen in Körnchenhaufen zerfallen könnten, erst widerlegt werden müsste; kurz, die normalen wie auch die pathologischen Befunde von Hayem und Pouchet erweisen sich als unsicher und zweideutig. Die embryonale Bildung der rothen Blutkörperchen aus Zellen bestreiten H. und P. nicht, nehmen aber für die spätere „ununterbrochene Neubildung" ihre Hämatoblasten in Anspruch. Hierbei werden die rothen kernhaltigen Zellen des Knochenmarks, die mit der embryonalen Vorstufe der rothen Blutkörperchen identisch sind, von H. ignorirt; P. behauptet, dass die ersteren — wie auch andere Zellen im Körper — lediglich durch „degenerirtes Hämoglobin" gefärbt seien, dass sie dem Markgewebe, nicht der Blutbahn angehörten und im Markgewebe auch ihren Untergang fänden!

Auch Rollett betrachtet die rothen Blutkörperchen nicht als Zellen, sondern als „kernlose Abkömmlinge des Protoplasmas besonderer Zellen". Zellen, welche rothe Blutkörperchen sowie Trümmer derselben enthalten, sind in der That, insbesondere in neugeborenen Thieren beobachtet worden. Diese Beobachtung ist, von andern Einwänden abgesehen, schon desshalb nicht beweiskräftig, weil (gerade bei Neugeborenen sind leichteste Extravasate fast immer vorhanden) Blutkörperchen und deren Trümmer, welche aus den Capillaren per diapedesin ausgetreten sind, von Zellen der Umgebung sehr constant aufgenommen werden.

Die kernhaltigen rothen Zellen im Blute des Embryo wie im Knochenmarke des Embryo und des Erwachsenen sind histologisch vollkommen identisch und offenbar von derselben Bedeutung als Vorstufen der rothen Blutkörperchen.

Wolffberg.

546. **Fürbringer, Wahre Spermatorrhoe im Greisenalter nach schwerer Rückenmarkslaesion.** Beitrag zu den Beziehungen zwischen Rückenmark und Genitalfunctionen des Mannes. (Berl. klin. Wochenschr. 1881. No. 43.)

Ein 68jähriger Handarbeiter, der mit Ausnahme einer vor circa 10 Jahren überstandenen Kniegelenksentzündung stets gesund war, wurde am 22. September von einer aus der Höhe von ca. 10 Fuss herabstürzenden Schubkarre in den Rücken getroffen und in eine 15 Fuss tiefe Lehmgrube, an deren Rande er mit Hacken beschäftigt war, hinabgeschleudert. Beim Sturze soll er sich überschlagen und mit dem Genick auf dem Grunde der Grube aufgeschlagen sein. Der Verunglückte blieb bei Bewusstsein, vermochte aber nicht sich aufzurichten, und wurde unter heftigen Schmerzen nach Hause geschafft, wo der Assistenzarzt Crepitation in der Sternalgegend und Lähmung beider Beine constatirte.

Nachmittags 5 Uhr, 6 Stunden nach dem Fall, nahm Verf. folgenden Status auf:

Sensorium frei, heftiger Brustgürtelschmerz, exspiratorische Dyspnoe, Leib aufgetrieben, absolute Paraplegie, complete Anaesthesie der unteren Extremitäten und unteren Rumpfhälfte, Reflexe vernichtet bis auf kaum wahrnehmbaren Sohlenkitzel- und Hodenreflex, keine Harn- und Stuhlentleerung, Penis schlaff. Entsprechend dem 6.—9. Dorsalwirbel teigige Schwellung, im Bereich derselben anscheinend Depression der Wirbelsäule, an den Lungen L. H. U. reichliches Knisterrasseln, kein Fieber.

Diagnose: Fractura column. dorsal. Contus. medull.

Der am 23. September durch Katheterisation geholte Harn läuft in mattem Strahl ab, ist rothgelb, stark sauer, trübe, leicht eiweisshaltig. Im Sediment fallen neben Blutkörperchen einige wenige Spermatozoen auf. Am Nachmittag ist der Penis halb erigirt und am orificium urethrale mit einer schleimigzähen trüben Flüssigkeit beklebt, in welcher mikroskopische Spermatozoen nachweisbar sind, ebenso enthält der mit dem Katheter entleerte Harn in seinem Sediment neben hyalinen Cylindern und Epithelien zahllose Spermatozoen.

24. September. Pat. fiebert stark, Puls klein, frequent. Dyspnoe nimmt zu, über beiden Lungen deutliches Subcrepitiren. Absolute motorische und sensible Lähmung. Deutliche Reflexe, Penis bleibt andauernd in halber Erection und ist an Eichel und Vorhaut mit fadenziehender Flüssigkeit benetzt, dieselbe Flüssigkeit an den Oberschenkeln. Die mikroskopische Untersuchung ergibt:

Zahllose Spermatozoen, dieselben sind in überwiegender Mehrzahl wohlentwickelt, theils in lebhafter, theils träger Bewegung, ferner Hodenzellen in mässiger Zahl und neben zahlreichen vorwiegend platten Epithelien, concentrisch geschichteten Amyloiden und Detritus grosse schöne Böttchersche Krystalle. Der in starkem, kräftigem Strahl durch den Katheder abgeflossene Harn setzt nach 6 resp. 12 Stunden ein fingerdickes, dichtwolkiges fast ausschliesslich aus Spermatozoen bestehendes Sediment ab. Denselben Abend Exitus lethalis. Die nach 14 Stunden vorgenommene Section ergibt:

Darmfortsatz des VIII. Dorsalwirbels abgebrochen, sein Körper mehrfach fracturirt. III. Brustwirbel gegen IV. nach vorne dislocirt; Comminutivfractur des IV. und V. Dorsalwirbelkörpers. In der Höhe des IV. 1 cm langer Zertrümmerungsheerd der Medulla; deren beide Substanzen eine Strecke abwärts von der zerquetschten Stelle sugillirt. Keine nachweisbare Laesion der Medulla in der Höhe des VIII. Dorsalwirbels.

Sternum zwischen I. und II. Rippenknorpel durchbrochen, Pleura neben den Körpern des III. und IV. Rückenwirbels eingerissen. Bluterguss in beiden Pleurahöhlen. Lungen emphysematös und hochgradig ödematös. Nieren normal gross, Gewebe braun roth. In der Blase gelber opalisirender Harn mit flockigem Sediment. Hoden und Nebenhoden unversehrt. Keine nachweisbare Anomalie der Prostata und Samenblasen. Am orif. urethr. schleimige Flüssigkeit (Sperma), ebenso enthält eine der Leiche entnommene Harnprobe deutlich Sperma.

Die Untersuchung des Genitalapparates weist den ganzen Genitaltractus als intact, aber mit Sperma strotzend gefüllt nach.

Aus dem Complex dieser Erscheinungen zieht Verf. verschiedene Schlüsse, die er auf folgende von der Physiologie festgestellten Gesetze über Erection und Samenentleerung beim Thiere stützt. Nachdem Eckhard den Verlauf der dem Vorgange der Erection dienenden Nervi erigentes durch das Rückenmark bis zum Gehirn und die Auslösung des Phänomens durch das Cerebrospinalsystem nachgewiesen hatte, zeigte Goltz, dass das erste Reflexcentrum für Erection und Ejaculation gleich jenen für die Blasentleerung beim Hunde im Lendenmark liege und sowohl hemmenden als anregenden Einflüssen von Seiten des Gehirns unterworfen sei. Auch Budge verlegte sein Centrum genitospinale in das Niveau des 4. Lendenwirbels, nach ihm vermittelt dieses Centrum die Peristaltik der Samenleiter und Bläschen und steht den Bewegungen der Blase und des Mastdarms vor. Schulz hält das Erections- und Ejaculationscentrum für identisch und glaubt, dass es nur verschiedenartiger Erregung bedürfe. Auf Grund dieser Lehren deutet Verfasser die Erscheinungen vorliegenden Falles folgendermassen:

1) Die in unmittelbarem Anschluss an das Trauma erfolgte Blasenlähmung, die fast totale Vernichtung der Reflexe, der Mangel einer Erection und Ejaculation entspricht einer Lähmung der Reflexcentren unterhalb der Läsionsstelle.

2) Die Wiederkehr der Reflexcontractionen der Blase am nächsten Tage (kräftiger Harnstrahl beim Catheterisiren!), die Hautreflexe und die mit reichlicher Spermaentleerung verbundene Schwellung des Penis entspricht einer Erholung jener Centren. Das Ausbleiben einer vollständigen Erection bei dem durch das Catheterisiren hervorgerufenen sensiblen Reiz spricht nicht gegen eine Erholung des Centrums, sondern findet in dem hohen Alter des Patienten seine Erklärung und Begründung.

3) Das Auslösungsmoment für die Erection ist in der Reizung des Rückenmarks an Stelle der Läsion zu suchen, entsprechend dem Ségalas'schen Experiment, welcher schon im Jahre 1824 durch Reizung des Rückenmarks geköpfter Meerschweinchen Erection und Eja-

culation hervorrief. Doch können auch die durch Füllung der Harn- und Samenblase gesetzten Reflexreize dafür verantwortlich gemacht werden. Auf diese Weise erklärt sich Verf. die Erection. Zur Erklärung der Spermatorrhoe zieht Verfasser folgende zwei Momente in Betracht:

1) Active Bewegungen der Samenleiter, Samenbläschen etc., welche den Elasticitätsschluss des Duct. ejaculator. überwinden.

In Bezug hierauf fasst Verf. vorliegenden Fall als ein Analogon der Budge-Loeb'schen Thierversuche auf und ist der Ansicht, dass auch beim Menschen das nächste Centrum für die Bewegung der Musculatur der Samenleiter, Samenbläschen und der Prostata ins untere Rückenmark zu verlegen sei. Die reflexerregende Spannung der Wände der Samenbehälter durch das fortwährend sich ansammelnde Secret bei gänzlichem Wegfall des cerebralen Hemmungsmechanismus bilden auch hier das Auslösungsmoment wie bei der physiologischen Pollution. Die Theilung des Samenstromes am Samenhügel beruht auf einer unvollkommenen Schwellung des caput gallinaginis, welche durch die unvollständige Erection bedingt war.

2) Fortdauernde Spermasecretion.

Dieser letzte Punkt, der jedenfalls bes. in Anbetracht des hohen Alters des Patienten höchst merkwürdig ist, veranlasst Verf. dem Rückenmark einen wesentlichen Einfluss auf die Samenabsonderung zuzuschreiben, er erinnert dabei an den von Goltz citirten Breuchet'schen Fall, nach welchem ein mit vollkommener Anästhesie des Unterkörpers behafteter Paraplegiker noch zwei Kinder zeugte.

Zum Schluss spricht Verf. die Vermuthung aus, dass derartige Fälle einer gesteigerten Samenabsonderung nach Rückenmarksläsion vielleicht häufiger vorkommen als man annimmt, und dass eine methodische mikroskopische Untersuchung des Harnsediments bei Rückenmarkszertrümmerung durch schwere Traumen diese Frage entscheiden dürfte. Jedenfalls legt nach seiner Ansicht dieser Fall die Annahme von nächsten Centren für die Production und Entleerung der Genitalsecrete des Mannes im Bereich des Lendenmarks nahe.

W. Rühle.

---

547. **Dr. Th. Rumpf** (Düsseldorf), **Zur Wirkung des faradischen Pinsels bei einem Fall von Neuritis optica mit Myelitis transversa.** (Deutsche Med. Wochenschr. 1881. No. 32.)

Die von dem Verf., Goltz u. A. beobachteten eigenthümlichen Veränderungen in dem Gefässsystem an ganz entfernten Stellen bei Applikation der verschiedensten äusseren Reizmittel auf die Haut, insbesondere die Gefässveränderungen in der Pia und Grosshirnrinde bei dauernder faradischer Pinselung der Haut veranlassten Rumpf, die letztere in ausgedehnterer Weise, namentlich auch bei centralen Affek-

tionen in Anwendung zu ziehen. Besondere Dienste leistete ihm die Pinselung bei Sensibilitätsstörungen, bei Hemiplegien, bei Congestions- und Stauungshyperaemien der Gehirn- und RMhäute, endlich bei Tabes dorsalis. Zunächst wird der nachstehende Fall mitgetheilt.

Im Verlauf von 2 Jahren hatten sich bei einer bis dahin vollkommen gesunden 37jähr. Pat. folgende Symptome entwickelt: Parese der unteren Extremitäten, Schwanken bei geschlossenen Augen, Anaesthesie und Analgesie, sowie Paraesthesien der Beine, gesteigerte Sehnenreflexe, Gürtelgefühl in der Höhe des Nabels, Incontin. urinae, Schwäche im Rücken, Arme völlig intakt. Neben diesen Symptomen einer Myelitis transversa war gleichzeitig eine Affektion der Augen entstanden, die sich in einer Herabsetzung der Sehschärfe äusserte, und als deren ophthalmoskopisches Substrat sich ein zwischen Stauungspapille und Neuritis die Mitte haltender Befund herausstellte. Es handelte sich jedenfalls um eine aus Stauungshyperaemie hervorgegangene Neuritis optica. Eine solche Combination von Neuritis optica mit Myelitis transv. ohne klinisch nachweisbare Erkrankung der dazwischen liegenden Nervenbahnen ist schon mehrfach vom Verf. selbst, von Mooren und von Erb beobachtet worden. — Nachdem diese Affektion ohne „wesentliche Veränderung zum Besseren" bestanden und die Stimmung des Pat. sich immer verschlechtert hatten, wurde der farad. Pinsel angewendet (an der oberen Parthie der Brust, an den Armen und dem Rücken 5—6 Min.). Schon am 3. Tage zeigte sich „eine entschiedene Verminderung der Injektion der Papille und eine Verschmälerung der zuvor ausserordentlich breiten Venen und Arterien des Augenhintergrundes. Die Sehschärfe stieg im Laufe von 6 Tagen von Jäger No. 14 auf Jäger No. 7 und in 4 Wochen auf Jäger No 3." Durch gleichzeitige stabile galvanische Behandlung des RM verschwanden auch die Symptome der Myelitis bis auf leichte Steigerung der Sehnenreflexe.

Unter dem Einfluss der faradischen Pinselung stellte sich also „der verloren gegangene Tonus der Gefässe der Papille" wieder her und mit der Rückbildung der Gefässe verloren sich die entzündlichen Erscheinungen der Papille und die Herabsetzung der Seh-Schärfe.

Stintzing (München).

---

548. **Prof. Federici Cesare, Di un solo aneurisma sviluppato dalle arterie celiaca e mesenterica.** Ueber ein Aneurysma der Arter. coeliaca und mesenterica. (Rivista Clinica di Bologna, 1881. No. 10.)

In Italien wurden schon einige Fälle von Aneurysma der Arter. coeliaca beschrieben. Im referirten Falle war Pat. ein 50jähr. Mensch, welcher über Schmerzen im Epigastrium, die sich zuweilen daraus auf die Leisten und den Rücken verbreiteten, über eine Pulsation im hohen Bauchtheile, und so starke Verdauungsbeschwerden, dass er manchmal gezwungen wurde Erbrechen der Ingesta künstlich zu erregen, klagte.

Diese Leiden nahmen nach regelmässigem Leben, Gemüthsruhe und Bettlage ab; wurden unerträglich nach Aufregungen und Arbeit. Patient datirte den Anfang derselben von einem Sturze, bei welchem er einen Stoss am Epigastrium bekommen hatte: sie hätten sich verschlimmert nach einer zum Heben einer Last angewandten Gewalt.

Die Symptome, auf welche Prof. Federici die Diagnose stützte, sind folgende:

Die früher beschriebenen Schmerzen.

Das Vorkommen einer rundlichen, pulsirenden Erhebung im oberen linken Bauchquadrant, welche man unmittelbar unter dem apof.-xifoid fühlt; und

in der Median-Linie. . . . 3" über dem Nabel,
in der rechten Sternal-Linie . 4" unter dem Rippenbogen,
in der linken „ „ . 2" „ „ „
in der recht. Parasternal-Linie 6" „ „ „
sich findet.

Die stärkste Expansionsbewegung findet am linken Theile statt. Die ins Epigastrium gesenkte Hand nimmt die Pulsation nicht mit den Fingerspitzen, sondern mit der Fläche wahr. Die Athmungsbewegungen theilen sich nicht dem Tumor mit, derselbe ist nur um wenige cm in horizontaler Richtung beweglich. In seinem Gebiete ist der Percussionsschall matt, in der Umgegend tympanitisch. Die Aortapulsationen sind in der Nabelgegend gut fühlbar. Wenn man in dieser Gegend die Aorta gegen die Wirbelsäule andrückt, verstärkt sich die Tumorpulsation nicht, während die auf den Tumor aufgelegte Hand die Pulsationen der Aorta und Cruralis schwächen und sogar zum stillestehen bringen kann, die Pulsation des Aneurysma's aber verstärkt. Die comparative Untersuchung des Herzschlages und die Pulsation der grossen Arterien weist keinen wesentlichen Zeitunterschied nach. Am linken oberen Theile des Epigastriums hört man ein kurzes rauhes Geräusch.

Das übrige Examen ergab leichte Zunahme der Herzdämpfung, keine Veränderung der Herztöne und Magenerweiterung.

In den letzten Tagen vor dem Tode hatte sich der Tumor vergrössert, besonders am linken Theile, so dass er unter die Linea umbilicalis transversa hinabgestiegen war.

Sektionsbefund. — Eine reichliche Menge von coagulirtem Blute klebt den stark erweiterten Magen, Leber und Colon transversum zusammen; die untere Oberfläche des Diaphragma's und die Nieren sind ebenfalls von einer dicken Blutschicht bedeckt, welche von einem grösstentheils das Epigastrium einnehmenden aneurysmatischen Tumor herrührt. Das Aneurysma liegt auf der Abdominal-Aorta unmittelbar unter den Diaphragma-Sehnen. Form cylindrisch, Länge 16", Umfang 18". Die Wand ist an einigen Stellen dick, an anderen dünn und zerreissbar, besonders am linken Theile, wo der Durchbruch stattfand. Der aneurysmatische Sack wird von der Erweiterung der Arter. coeliaca und mesenterica gebildet, deren verschmolzene Wände eine geräumige Höhlung umgrenzen, welche mit fibrinösen Schichten und Blutcoagulis erfüllt ist. Das Aneurysma der Arter. coeliaca könnte leicht mit einem Aneurysma der Aorta abdominalis verwechselt werden. Doch im ersten Falle stehen nach Verf. dem Arzte manche werthvolle

differentielle Kennzeichen zu Gebote, als Magenbeschwerden und die Art der Schmerzen. Das Centrum derselben ist immer das Epigastrium, von da verbreiten sie sich auf's übrige Abdomen in Form von Visceralgien; während der vom Aneurysma der Aorta verursachte Schmerz fast immer fest bleibt, oder sich in der Richtung der Lumbal-Nerven verbreitet. Nach Verf. ist die Abschwächung des Pulses in untergelegten Arterien und das Stärkerwerden der Tumorpulsation während des auf denselben ausgeübten Druckes pathognonomisch für das Aneurysma der Coeliaca. Leider konnte man im vorliegenden Falle das von Moore angenommene differentielle Symptom, welches darin besteht, die Tumorpulsation bei verschiedenen Lagen des Pat. zu untersuchen, nicht bestätigen. Letztgenannter Autor fand, dass die untersuchte Pulsation bei verschiedenen Positionen unverändert bleibt, wenn sie der Aorta abdominalis zukommt. Rührt sie aber aus einer Erweiterung einer Aortaverzweigung her, dann wird sie schwächer gefühlt, wenn man Pat. auf Knieen und Händen stehend untersucht. In dieser Lage kann sie vollständig verschwinden, wenn die Tumorpulsation von demselben nicht erzeugt wird, sondern sich in den grossen anliegenden Gefässen fortpflanzt.

Graziadei.

---

549. **Israel. Experimentelle Untersuchung über den Zusammenhang zwischen Nierenkrankheiten und secundären Veränderungen des Circulationssystems.** (Virch. Arch. Bd. 86, S. 209.)

Schon früher war es Grawitz und dem Verf. gelungen, durch künstliche Erzeugung interstitieller Nephritis Herzhypertrophie zu machen. Bei einer Reihe solcher Thiere nun beobachtete Israel Veränderungen der grossen Gefässe neben jener Herzhypertrophie, die sich als chronische Endoarteriitis deformans bezeichnen lassen. Dieselbe besteht der Hauptsache nach in einer Verkalkung der Muskellagen. Bei einem Kaninchen war die Aorta stellenweise in eine ganz starre Röhre verwandelt, die Kalkablagerung erstreckte sich hier auch auf die untersten Schichten der Intima. Letztere war in grosser Ausdehnung fettig degenerirt, aber in toto erhalten, so dass ulceröse Stellen, etwa den Kalkplatten entsprechend, nicht vorhanden waren. Ausserdem war hier die Weite der Aorta bemerkenswerth und eine Sclerose des linken Vorhofes. Ferner hatte die Musculatur der Aorta, weit häufiger als die secundären Degenerationen, eine beträchtliche compensatorische Verdickung des Muskularis aufzuweisen. Alle diese Veränderungen des Gefässapparates hatte Verf. nun abgeleitet von der Zurückhaltung der harnfähigen Stoffe im Blute und von ihrer reizenden Einwirkung auf die Wandung. Wenn bei Nephritiden nicht immer ein vermehrter Harnstoffgehalt des Blutes nachweisbar ist, so liegt das daran, dass die Thätigkeit des Herzens sich der Bildung jener Stoffe anpasst und

durch vermehrte Thätigkeit die im Blute angehäuften Stoffe zur Sekretion bringt. Beruht aber die Veränderung des Circulationsapparates auf jener Retention von Stoffen, so muss sie sich künstlich durch andauernde vermehrte Zufuhr derselben nachmachen lassen. Verf. suchte das zu erreichen durch Einspritzung concentrirter Harnstofflösungen in den Oesophagus. Er brachte den Thieren schliesslich bis zu 16 gr täglich bei und erzielte nach wochenlanger Anwendung stets eine erhebliche Hypertrophie der Nieren und darauf folgend eine ebensolche des Herzens. Auch mit anderen harnfähigen Substanzen musste sich theoretisch ein gleicher Erfolg erreichen lassen und so erzielte Verf. durch die gleiche Darreichung des Natron nitricum entsprechende Hypertrophien. Verf. meint, ob nicht auch zuweilen bei Diabetes beobachtete Herzhypertrophien und ebensolche bei Säufern auf die gleiche Ursache, auf die erhöhten Ansprüche an Nieren und Harn zurückgeführt werden könnten.

Ribbert.

---

550. **Dr. Vincenzo Cerdello, Sul principio attivo dell' Adonis vernalis.** Ueber den wirksamen Bestandtheil von Adonis vernalis. (Archivio delle scienze mediche. Vol. V. Fasc. 3. 1881.)

Dieser Bestandtheil ist ein Glycosid: das Adonidin, welches Verf. rein präpariren konnte. Die Eigenschaften des Adonidin sind denen des Digitalin gleich, doch etwas stärker.

Das Adonidin ist dem Digitalin vielleicht vorzuziehen als weniger gefährlich, da es keine cumulative Wirkung besitzt.

Graziadei.

---

551. **Dr. Paolo Pellacani, Sul valore terapentico delle trasfusioni di soluzioni di sostanze inorganiche nelle emorragie.** Ueber die therapeutische Wirkung der Transfusionen mit anorganischen Salzlösungen bei Haemorrhagien. (Archivio delle scienze mediche. Vol. V. Fasc. 3. 1881.)

Von der Thatsache ausgehend, dass die dünnen Kochsalzlösungen ein Reizmittel der durch andere Substanzen oder von Haemorrhagien verlangsamten und abgeschwächten Herzbewegungen sind, stellte Verf. eine Reihe experimenteller Untersuchungen an, welche den Zweck hatten, die Frage zu entscheiden, ob intravenöse Transfusionen mit

Kochsalzlösungen [6 NaCl $^0/_{00}$ H^2O mit oder ohne Zusatz 0,05 NaHO] und albuminoiden Flüssigkeiten (Milchserum etc.) die Wirkung haben, die Versuchsthiere den Gefahren der acuten oder progressiven Anaemie zu entziehen, den Kreislauf dauernd zu erregen, bis man homogenes Blut transfundiren könnte. Aus seinen Untersuchungen ergab sich, dass:

I. die transfundirten Flüssigkeiten die verlorene Blutmenge dauernd ersetzen können, denn sie werden langsam entleert.

II. Die Transfusionen mit anorganischen Salzlösungen besitzen eine günstige therapeutische Wirkung bei acuten Hämorrhagien, und bei denjenigen, welche chronisch gefährlich werden können.

III. Ihr Gebrauch kann einen bedeutenden Blutverlust ertragen lassen, welcher bei starken Hämorrhagien ein Maximum von 60%, bei kleinen, sich erneuernden Hämorrhagien ein Maximum von 76% erreicht.

IV. Die Menge der transfundirten Flüssigkeit kann der Menge des verlorenen Blutes gleich sein; die Herzthätigkeit aber kann dauernd erregt werden, wenn auch die transfundirte Flüssigkeit von geringerer Menge als das verlorene Blut ist.

V. In sich erneuernden Hämorrhagien finden diese Transfusionen ihre beste Indication.

VI. Die Albuminoide enthaltenden Flüssigkeiten sind nicht zu empfehlen.

Mya (Turin).

Neue Bücher.

Eichhorst, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie für praktische Aerzte und Studirende. Mit zahlreichen Holzschnitten. Band I. Heft. I. Wien, Urban & Schwarzenberg. 1 M.

Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende. Zweite verb. und vermehrte Auflage. Mit zahlr. Holzschnitten und 1 Farbendrucktafel. Erste Hälfte. Wien, Urban & Schwarzenberg. 9 M.

Koenig, Lehrbuch der speciellen Chirurgie für Aerzte und Studirende. 3. Aufl. III. Band. Mit 90 Holzschnitten. Berlin, A. Hirschwald. 13 M.

Marchand, Der Wechsel der Anschauungen in der Pathologie. 1 M.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. **17. Januar.** **Nro. 41.**

552. **Prof. J. Holst, Vier Beobachtungen von Wochenbettscharlach nebst Bemerkungen.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1881. N. 51.)

Verf. theilt vier Fälle von Scharlach bei Wöchnerinnen mit. Wie die Krankengeschichten ergeben, handelt es sich um wirklichen Scharlach, welcher in allen Fällen von den Wöchnerinnen auf andere Personen übertragen wurde. „Es kann also die Complikation des Wochenbetts mit Scharlach nicht bezweifelt werden". „Ist das für eine grössere Anzahl von Fällen bewiesen, steht auf der anderen Seite auch fest, dass in Folge von septischer, pyämischer u. s. w. Infektion Exantheme, welche nur annähernd der Scarlatina ähneln, nicht vorkamen, so scheint die vielfach ventilirte Frage, ob „Scarlatina puerperalis" oder „Scarlatina in puerperio", dahin entschieden werden zu müssen, dass es sich in allen Fällen, wo im Wochenbett skarlatinöse Exantheme zur Beobachtung kommen, um Komplikation mit Scarlatina vera handelt."

E. Bardenhewer.

553. **Prof. Eppinger, Ueber Tuberculose des Magens und Oesophagus.** (Prag. med. Wochenschr. 51. 52. 1881.)

Die Sektion eines 30jähr. Mannes, der während des Spitalaufenthaltes Symptome eines chronischen Lungenleidens dargeboten, und nebstdem einige Zeit vor dem Tode an heftigen Magenbeschwerden gelitten hatte, ergab neben obsoleter Spitzentuberkulose und frischer miliarer Eruption in den Lungen und Nieren, folgenden Befund im Magen: In der Schleimhaut desselben, insbesondere längst der kleinen Curvatur, reichliche bis 1,5 cm grosse, mit wulstigen Rändern und gelblich belegter Basis versehene Geschwüre, zwischen denen unzählige graulich-weisse miliare Knötchen eingetragen waren. — Ein ganz ähnlicher Befund an der Magenschleimhaut fand sich bei einem 55jähr. Geisteskranken; Lunge und Leber waren in diesem Falle von Miliartuberkeln durchsetzt, in ersterer ausserdem eine chronische tuberkulöse Affektion.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte in beiden Fällen an den geschwürsfreien Stellen der Magenschleimhaut reichliche Rundzelleninfiltration zwischen den Drüsenschläuchen; zwischen dem Grunde der letzteren und der Muskularis fanden sich zahlreiche echte Tuberkel, die stellenweise zu Gruppen vereinigt bis an die Schleimhautoberfläche heranreichten, an anderen Stellen die Muskelschicht durchbrachen. Das Entstehen von Geschwüren auf der Magenschleimhaut durch Zerfall oberflächlich gelegener Tuberkelgruppen konnte vom Verf. deutlich nachgewiesen werden. Nach Verf. handelt es sich somit in diesen Fällen um akute Tuberkulose des Magens, bestehend in ausgebreiteter miliarer Eruption und Bildung tuberkulöser Geschwüre in der Schleimhaut derselben.

Der 3. Fall betrifft eine 45jähr. Frau, deren Sektion neben hochgradiger chronisch-ulceröser Lungentuberkulose eine fast obturirende Soorbildung im Oesophagus ergab. Nach Abspülung der Soormassen fand man die Schleimhaut des Oesophagus ihrer ganzen Länge nach durchsetzt von stecknadelkopf- bis bohnengrossen Geschwüren, die scharfrandig mit morschem gelblichem Belag versehen waren; dazwischen mit blossem Auge erkennbare weissliche Pünktchen, die sich mikroskopisch als echte Tuberkel erwiesen. Die Entstehung der tuberkulösen Affektion im Oesophagus lässt sich nach Verf. in der Weise erklären, dass nach erfolgter Soorbildung, Theile von Sputis zwischen Soormassen und Oesophagus festgehalten wurden und auf die durch die Pilzwucherung ohnehin gelockerte und rissig gewordene Schleimhaut des letzteren ihre inficirende Wirkung äusserten.

E. Schütz (Prag).

---

554. **Seifert, Bericht über die Kinderabtheilung des Juliushospitales zu Würzburg aus den Jahren 1872—1880.** (Jahrb. für Kinderheilkunde.)

In dem ersten uns bis jetzt vorliegenden Theile des Berichtes werden die Infektions- und Respirationskrankheiten abgehandelt.

Von ersteren kamen Morbillen 23 mal mit 3 Todesfällen, letztere alle aus einem Jahre stammend, zur Beobachtung. 2 Kranke sollen zum zweiten Male Masern gehabt haben. Dreimal konnte das Incubationsstadium bestimmt werden; es betrug 2 mal 10, 1 mal 14 Tage. 1 mal zeigte sich das Exanthem an den Vorderarmen zuerst. Die Rachenschleimhaut war meist betheiligt, 1 mal wurde fleckige Röthung der Larynxgebilde beobachtet. In 5 Fällen bestand Complication mit Endocarditis, von denen nur in einem Falle ein Klappenfehler zurückblieb. Ein Pat. wurde wegen Laryngitis (diphtherica?) tracheotomirt. Die Behandlung war exspectativ. — 2 mal wurden Rubeolen beobachtet, Temperatur war wenig erhöht, Desquamation fehlte. Beide Pat. wurden geheilt. — Scharlach bestand 19 mal mit 2 Todesfällen an Diphtherie und Nephritis. Ohrencomplicationen kamen 2 mal vor, niemals Ohrkatarrh, einmal mit Otitis media und Trommelfellperforation. Nur 1 mal waren die Rachenorgane unbetheiligt, sonst bestand bei allen Kranken Diphtherie verschiedener Intensität. Die Epidemie des Jahres 1880 zeichnete sich durch häufige Complication mit Endocarditis aus; bei 5 Patienten einer Familie kam dieselbe 4 mal vor, jedesmal vorwiegend an der Mitralis mit Insufficienz im Gefolge; nur einmal waren Aorten- und Pulmonalklappen vorübergehend afficirt. Bei 2 Kindern entwickelte sich nachträglich Phthisis pulm. und 1 mal Nephritis; 1 mal bestand Complication mit acutem Gelenkrheumatismus. Die Behandlung bestand in Eiskrawatte, Schlucken von Eisstückchen, Kal. chloric. innerlich (5,0 : 150), als Gurgelwasser Liq. ferr. sesquichlor. (5 : 1000 mit etwas Spir. vini), Pinselungen mit Alkoh. abs. und mit T. Ratanhae. — Variolois kam 8 mal vor, sämmtliche Fälle ausser einem im Jahre 1877. In einem Fall, wo zugleich hereditäre Syphilis bestand, bildeten sich einzelne Pusteln zu Ekthyma oder Rupia aus, 6 Pat. waren mit Erfolg vaccinirt worden. 6 mal konnte ein Initialexanthem, 2 mal masern- und 4 mal scharlachartig constatirt werden, welches nach 12—24-stündigem Bestehen den Pusteln Platz machte. In 3 Fällen kamen Pusteln am Gaumen vor. Behandlung: Säuren, ev. Eisblase auf den Kopf. — Varicellen kamen 5 mal vor; alle Fälle waren vaccinirte, mässiges Fieber bestand überall, einmal stellte sich Recidiv ein, sonst überall normaler Verlauf. — Typhus abdominalis, wurde 29 mal mit 3 Todesfällen, einmal an Noma, einmal an Decubitus, einmal an Pneumonie beobachtet. 5 mal bestand statt der Diarrhoeen von Anfang an hartnäckige Obstipation (bedingt in einem Falle durch Kirschkerne?); in einem Falle bestand neben derselben 2 tägige Anurie, 7 mal begann die Erkrankung plötzlich mit Frost, 5 mal bestand heftiges Erbrechen. In 2 Fällen war der Stuhlgang stets normal, Meteorismus fehlte in 3, war hochgradig in 7, gering in 10 Fällen. Ileocoecalschmerz bestand 11 mal, Gurren nur 3 mal. Milztumor war nur in 11 Fällen hochgradig, in 18 Fällen mässig vorhanden. Roseola

fehlte vollständig 3mal, statt derselben einmal Taches bleuâtres, einmal Petechien; Roseola in 9 Fällen sehr zahlreich und verbreitet, in 15 Fällen nur spärlich. Abschuppung einmal, 3 mal Albuminurie. Hypostasen 6 mal, Herpes in 2 Fällen, Laryngitis 1 mal, ebenso Otitis, Noma und Decubitus: Fieberdauer 7 bis 46 Tage, durchschnitlich 16 Tage. Therapie: Am 1. Tage bei hohem Fieber nur kalte Umschläge, vom 2. Tage an bei 39,5° kühle Bäder mit kalter Uebergiessung. Wein (Medoc) reichlich. Die Nahrung bestand in Milch oder Caffé, Bouillon, Schleimsuppen; 2 Tage nach Entfieberung Eier, rohes Fleisch mit Tokayer, später weiches Fleisch, nach 8 Tagen Brod; am 5. oder 8.—10. Tage standen die Pat. auf. — Von den 20 Diphtheritisfällen (das Jahr 1880 brachte wie bei Scharlach und Typhus die bösartigsten Fälle) war 5 mal nur der Rachen betroffen, in allen übrigen war der Larynx mitergriffen. Diese 5 Fälle verliefen alle in kurzer Zeit günstig. In allen Fällen bestand intensive Lymphdrüsenschwellung am Halse; in einem Falle trat der Tod durch Vaguslähmung ein (bei der Section war der eine Vagus durch Lymphdrüsen stark comprimirt). In 2 Fällen bestand frische Endocarditis mitralis; einmal bestand an der Cardia ein diphtheritisches Geschwür, acute, parenchymatöse Nephritis 4 mal. Milztumor wurde 5 mal constatirt. Die laryngoskopische Untersuchung gelang zweimal. Im Ganzen wurden geheilt 10 Fälle, tracheotomirt 8, wovon 6 starben; bei allen diesen wurde ausgesprochene Pneumonie constatirt. Von den tracheotomirten starben 1 am Tage der Operation, 3 am ersten, 2 am zweiten Tage nach der Operation; bei den beiden durch die Tracheotomie geheilten wurde die Canüle am 11. resp. am 14. Tage entfernt. Die Behandlung war folgende: Ueberall Eiskrawatte. Bei älteren Kindern Gurgelungen mit Liq. ferr. 5:1000, Spir. vin. 5—10; bei kleineren Pinselungen mit Alkohol absol. oder mit T. Ratanh. Alle Pat. bekamen innerlich Kal. chloric. 5—7:150; Intoxicationserscheinungen wurden niemals beobachtet. Bei Mitaffection des Larynx wurden Inhalationen von Aq. Calcar. gereicht, am Tage ½—1-stdl. Nachts 2-stdl. Ausserdem wurde durch Heisswasserdämpfe für die Feuchtigkeit der Luft gesorgt, besonders nach der Tracheotomie. Wein wurde reichlich gereicht.

Während der Choleraepidemie des Jahres 1873 wurden 16 Fälle mit 10 Todesfällen beobachtet. Es zeigte sich, dass die Diarrhoeen bei Kindern in ihrer Häufigkeit den bei Erwachsenen nicht gleichkommen, die reiswasserähnliche Beschaffenheit der Stühle fehlte bei jüngeren Kindern öfters, bei denen im 1. Lebensjahre immer. Bei 3 Kindern wurde Aphonie beobachtet. Die Behandlung bestand in T. Valerian. mit Laud. liq. oder Extr. Bellad. mit Laud. liquid.; daneben viel Wein (Tokayer), bei hohem Fieber kalte Einwicklungen und in 1 Falle subcutan ohne Erfolg. — Endlich wurden 2 Fälle von Meningitis cerebr. spin. epidemica beobachtet, von denen 1 lethal verlief. In dem ersten günstigen Falle trat im Verlaufe eine hartnäckige Urticaria mit Nachschüben auf.

555. **Prof. Oppenheimer** (Heidelberg), **Untersuchungen und Beobachtungen zur Aetiologie der Rhachitis.** (Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. 30. Band. 1. und 2. Heft.)

In einem längeren Aufsatze, welcher wegen der sehr ins Einzelne gehenden Beobachtungen und der zum Verständnisse absolut nothwendigen ziemlich reichlichen Casuistik zu einem kurzen Referate sich wenig eignet, führt Verf. seine Untersuchungen über die Aetiologie der Rhachitis aus, welche in dem Schlusssatze gipfeln, dieselbe sei eine Malariainfection und nur die Verschiedenheit der Knochenstruktur bei Kindern und Erwachsenen sowie die grosse Empfänglichkeit der Kinder gegen das Malariagift erkläre die äussere Verschiedenheit beider Affectionen.

Nach einer kurzen kritischen Besprechung der bis jetzt über die Aetiologie der Rhachitis existirenden Hypothesen und dem Nachweis ihrer Unzulänglichkeit giebt Verf. seine Beobachtungen, welche wesentlich klinische sind und davon ausgehen, dass man im Verlaufe der Krankheit zwei Perioden scharf unterscheiden müsse, eine prodromale und eine Periode der manifesten Knochendeformitäten. Was zunächst die charakteristischen Prodrome anbetrifft, so tritt meist schon sehr frühzeitig chronische Diarrhoe auf, welche sich aber von der gemeinen chronischen Enteritis durch gewisse Eigenthümlichkeiten unterscheidet. Sie führt nicht zum Schwunde des Fettpolsters, ist von einer excessiven Anämie wie bei Chlorose begleitet und hat einen exquisit intermittirenden Verlauf, während in den Intervallen keinerlei Störungen von Seiten des Darmes bestehen. Sie tritt meist Nachts auf, dauert 2—3 Stunden an; die während dieser Zeit entleerten 5—6 Stuhlgänge unterscheiden sich durch ihre Farblosigkeit von gewöhnlichen und enteritischen und besonders von den in den Intervallen entleerten, sie ist nicht von unzweckmässiger Nahrung abhängig und wird nicht durch das zweckmässigste Regime kurirt. Fast durchgängig besteht dabei Fieber mit nachfolgendem Schweisse, welches ebenfalls nur 2 Stunden dauert; immer ist Milzschwellung vorhanden und nur Chinin bringt sichere Heilung. — Ein anderes Prodromalsymptom sind die intermittirenden Schweisse, ein drittes allnächtliches Stunden langes Schreien der Kinder, welches als intermittirende Neuralgie gedeutet wird. Beide Erscheinungen sind mit Fieber und Milztumor verbunden, nur Chinin ist ein sicheres Specificum gegen dieselben.

Aber nicht nur bei diesen Prodromalerscheinungen, sondern auch in der Periode der manifesten Knochenaffection treffen wir Erscheinungen, wie wir sie sonst nur bei Malariaaffectionen zu sehen gewohnt sind. Als solche führt Verf. den Typus des Fiebers bei Rhachitis an, welcher ein deutlich intermittirender ist und sich in allabendlicher Hitze und Unruhe während der Nacht, mit Schweissausbruch am Morgen äussert; ferner den Milztumor, welcher im Stadium der fortschreitenden Entwicklung der Rhachitis constant bestehen und erst im Stadium der Rückbildung verschwinden soll. Ebenso sei der Marasmus der Rhachitischen vollständig ein Analogon der Malaria-Kachexie, und was endlich die rhachitische Knochenaffection betrifft, so habe auch diese scheinbare Ausnahme nach den neueren allerdings noch mangelhaften

Untersuchungen über bestimmte Knochenmarksveränderungen bei Malaria, welche pathologisch dieselben wie bei Rhachitis sind, eine Analogie gefunden.

Hierauf wird auf die geographische Verbreitung der Rhachitis eingegangen und ausgeführt, dass dieselbe im Allgemeinen mit der der Malariaaffectionen übereinstimmt, und dass die Ausnahmen von dieser Regel darin eine Erklärung finden, dass in manchen Gegenden der perniciösen Wechselfieber, welchen die Säuglinge schon beim ersten Anfalle unterliegen, es auf diese Weise gar nicht zur Entwicklung von Rhachitis kommt, an andern Orten wiederum das Malariagift in so schwacher Intensität und nur gelegentlich auftritt, dass nur Kinder wegen ihrer grossen Empfänglichkeit gegen dasselbe ergriffen werden und dann in der Form der Rhachitis und nicht der gemeinen Intermittens. Endlich sei auch in vielen Gegenden nach den vorliegenden Schilderungen der Autoren Rhachitis anzunehmen, wenngleich dieselbe auch nicht als solche beschrieben ist. Kohts (Strassburg).

---

556. **Ch. Féré, Mouvements de la pupille et propriétés du prisme dans les hallucinations provoquées des hystériques.** (Progr. méd. 1881. Nr. 53.)

Bei zwei Hysterischen, welche im Zustande der künstlichen Katalepsie auf die von dem Experimentirenden wachgerufenen Ideen eingingen, konstatirte F., dass, wenn er dieselben z. B. einem in der Nähe auffliegenden Vogel mit dem Blicke folgen liess, ihre Pupillen sich bis (auf's Doppelte) erweiterten, und beim Herabfliegen des Vogels sich wieder verengerten. Das fiktive Objekt wurde also wirklich gesehen; es handelte sich um wirkliche Hallucinationen.

Es ist bekannt, dass zwar einzelne Personen in normalem Zustande (s. bei Leeser, Seitz-Zehender und Budge) durch bestimmte Vorstellungen die Weite der Pupillen willkürlich verändern können. Aber diese Fälle sind sehr selten. Bei den Hysterischen Féré's traf es nicht zu. F. sieht desshalb in dem vorstehenden Versuche ein Mittel, sich gegen Simulation, welche dem Studium der hypnotischen Erscheinungen so sehr hinderlich ist, zu schützen.

Redete F. den Versuchspersonen während des hypnotischen Schlafes oder während der Katalepsie die Idee eines Bildes auf dunkelem Grunde ein, so sahen dieselben, nachdem sie aufgeweckt worden, dasselbe ganz deutlich. Hielt er ihnen nun ein Prisma vor, so sahen sie das Bild doppelt. Das vorgestellte Objekt wurde auch hier, wie ein wirkliches Objekt, mit beiden Augen nach den gewöhnlichen physiologischen Gesetzen gesehen. Es können also die künstlich hervorgerufenen Hallucinationen Hypnotischer zum Studium der spontanen Hallucinationen dienen.

Jene beiden Thatsachen (Bewegungen der Pupillen und Verdoppelung des Bildes) stützen die sensorielle Theorie der Hallucinationen.

E. Bardenhewer.

---

557. **Franz Müller, Zur Jackson'schen Epilepsie und Lokalisation des Armcentrums.** (Wiener medic. Wochenschr. 1881. No. 43.)

In seinem über genanntes Thema auf dem internationalen medicinischen Kongresse zu London gehaltenen Vortrag kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Jackson'sche Epilepsie trägt den Namen „Epilepsie" mit Unrecht, es fehlen die tonischen Krämpfe und die Bewusstseinsstörung; der Anfall beginnt langsam anschwellend, breitet sich allmählich aus, bleibt dabei aber meistens unilateral, und wird ausschliesslich aus klonischen Zuckungen zusammengesetzt.

2. Sie deutet in ihrer ausgesprochenen Form mit Sicherheit auf eine Konvexläsion und lässt mit Zuhilfenahme der entweder gleichzeitig vorhandenen oder ihr erst folgenden Lähmungserscheinungen (namentlich der verschiedenen Monoplegien) nicht blos die Lokalisationsdiagnose, sondern auch die der Natur der Läsion stellen.

3. Ausserordentlich häufig und auffällig sind okulopupilläre, und zwar vorzüglich Lähmungssymptome, als Ptosis, Myosis paralytica, wobei keine reflektorische Pupillenstarre besteht, und Tieferliegen des Bulbus in der Augenhöhle. Vasomotorische Symptome sind nicht vorhanden.

4. Das Armcentrum liegt im mittleren Dritttheile der vorderen und hinteren Centralwindung.

5. Reizung dieser Region, resp. allmählich völlige Zerstörung durch Tumorenbildung erzeugt anfänglich Jackson'sche Epilepsie, die stets im Arm beginnt, und schliesslich komplete Paralyse der ganzen oberen Extremität.

Peretti (Andernach).

---

558. **Dr. E. Finger** (Wien), **Ueber nervöse Störungen in der Frühperiode der Syphilis.** (Wien. allg. med. Zeit. Jahrg. XXVI. No. 51.)

Nachdem von je her die Dermatologen sich bemüht hatten, einen Causalnexus zwischen Hautleiden und Erkrankungen des übrigen Organismus zu finden, gelang es den Untersuchungen der neueren Zeit, auch in jenen Theilen des centralen Nervensystems, der grauen Achse des Rückenmarks, welche als trophische Centren der Haut angesehen werden, anatomische Veränderungen aufzufinden, welche als Veranlasser pathologischer Veränderungen an der äusseren Haut angesehen wurden.

Der Verf. suchte nun nach klinischen Symptomen dieser supponirten Rückenmarks-Erkrankung und richtete sein Augenmerk zunächst auf etwa vorhandene Veränderungen in der Reflex-Leitung. Unter dem reichen Materiale der Prof. Neumann'schen Klinik für Syphilis, an der Verf. als Assistent fungirte, fand sich nun bei allen

50 Fällen von Syphilis im Stadium der Eruption und während des Ablaufs des ersten Exanthems (nur solche wurden darauf hin untersucht), dass „die Reflex-Erregbarkeit, sowohl der Haut- als Sehnen-Reflexe, etwas vor oder zur Zeit der Eruption manchmal sehr bedeutend gesteigert war, sich durch einige Zeit auf dieser Höhe erhielt, um meist nach vollendeter Eruption entweder wieder zur Norm zurück zu kehren, oder in den meisten Fällen gegen die Norm, oft bis zum gänzlichen Mangel des Reflexes abzusinken, dann aber allmählich im Verlaufe der nächsten Wochen zur Norm zu gelangen."

Schwankungen bestanden je nach der normalen Reflex-Erregbarkeit des Individuums und entsprechen in ihrer Intensität derjenigen des Auftretens der Syphilis. Nachschübe von Exanthem während des Ablaufs bereits vorhandener Efflorescenzen steigerten auch die Reflex-Erregbarkeit. Interessant war es, dass bei 2 Fällen von regionären Nachschüben z. B. rechtsseitiger Plantar-Psoriasis sich auch das Fuss- und Knie-Phaenomen rechts steigerte. Antisyphilitica alterirten den Verlauf der Reflex-Schwankungen nicht.

Auch in einigen Fällen recidivirender Syphiliden konnte Verf. ähnliche Schwankungen constatiren, diese Beobachtungen sind jedoch nicht weiter ausgedehnt worden.

Nun ist aber die Leitung in den peripheren Nerven durchaus nicht intact und Bender hat nachgewiesen, dass sowohl Temperatur- und Tast-Sinn, als auch die Schmerz-Empfindung in erkrankten Hautparthien wesentliche Alterationen aufweisen. Diese genügen, einen Theil der beschriebenen Reflex-Schwankungen zu erklären.

Man ist also, da sowohl centrale als periphere Nerven-Erkrankungen diese Reflex-Schwankungen erklären lassen, nicht berechtigt, die Rückenmarks-Affection auch als die Ursache der Haut-Erkrankungen hin zu stellen. Vielmehr ist sie wohl als gleichwerthig den übrigen, die Syphilis begleitenden hyperaemisch-entzündlichen Veränderungen des Periostes, des Neurilems, der Synovia, der Meningen und der Retina zu betrachten und als das Product der Einwirkung des im Organismus kreisenden syphilitischen virus, und somit als ein Theil einer Allgemein-Erkrankung, wie sie die Syphilis ist, anzusehen.

Bartold.

---

559. **Müller** und **Ebner, Ueber Nervendehnung bei peripheren und centralen Leiden, insbesondere bei Tabes dorsalis.** (Wiener Klinik. VII. Jahrgang. 7. Heft. Juli 1881. Wien bei Urban und Schwarzenberg.)

Einleitend betonen Verf., dass von allen Symptomen der Nervenkrankheiten besonders drei Symptome zur ärztlichen Hülfe auffordern: 1. Schmerzen, 2. klonische, tonische und atactische Bewegungsstörungen und 3. Lähmungen. Von der Legion der chemischen Mittel wussten nur wenige dauernde Beliebtheit zu erringen; mehr Vertrauen besitzen

zur Zeit die physicalischen, Electricität, Hydrotherapie und Massage. Auch diese versagen vielfach und oft gerade in den desolatesten Fällen. Man schritt daher besonders in solchen zur operativen Behandlung. Nachdem Marechal, der Leibarzt Ludwig XIV., zuerst eine Neurotomie gemacht und von viel andern geübt wurde, folgte die Neurectomie: doch auch diese war oft wegen der Regeneration der Nerven von nur vorübergehendem Erfolge; vielfach blieb auch der momentane aus, da bei der executorischen Projection der Schmerzen die erkrankte Stelle zu weit nach der Peripherie liegend angenommen und die Durchschneidung nicht centralwärts von ihr vorgenommen wurde. Bei centraler Auslösung des Schmerzes ist von vornherein kein Erfolg von Neurotomie zu erwarten. Noch besonders beschränkt wird das Gebiet dieser Operation dadurch, dass sie nicht an gemischten Nerven oder Nervenstämmen vorgenommen werden kann, doch kann sie in einzelnen seltenen Fällen von localisirten Krämpfen, z. B. Gesichtskrampf geübt werden. 1870 hatte v. Nussbaum bei einer Ellbogengelenkresection, bei welcher der n. ulnaris kräftig bei Seite gezogen worden war, gefunden, dass früher bestandene tonische Krämpfe ausblieben. Auch Billroth hatte Jahrs vorher einen Ischiadicus blossgelegt und hervorgezogen (dabei also gedehnt), um ihn zu untersuchen, da sich in seinem Bereiche nach einem Falle auf's Gesicht Zuckungen und später allgemeine epileptiforme Attacken zeigten. Obwohl sich keine sichtbare Veränderung zeigte und B. die Operation vergeblich gemacht wähnte, trat Heilung ein. Diese zwei Beobachtungen ermuthigten v. Nussbaum, Zerren und Dehnen der Nerven absichtlich zu versuchen. 1872 nahm er zum ersten Male behufs Beseitigung eines schmerzhaften tonischen Krampfes in der linken oberen Extremität und Brusthälfte die Operation vor und zwar mit directem und bleibendem Erfolg. Allmählich gewann die Methode Anhänger in allen Culturländern, so dass Verf. über 150 Fälle in der Litteratur verzeichnet fand. Hauptsächlich wurde sie angewandt gegen Neuralgien, traumatischen Tetanus, Reflexepilepsie und localen tonischen oder clonischen Krämpfen, also da, wo primär periphere Krankheitsursachen vorlagen; denn die Wirkung galt nach übereinstimmender Anschauung der Autoren hauptsächlich als eine periphere, die sich allerdings über weite Strecken ausdehne. Ihr Effect ist eine Herabsetzung der gesteigerten Erregbarkeit in den sensiblen und motorischen Bahnen, und der Erfolg soll auf einer mechanischen Lösung der Adhäsionen des Nervenstammes an das umgebende Gewebe, nach Vogt besonders auf einer Losschälung und Verschiebung der Nervenbündel von dem Neurilem und auf gleichzeitiger Dehnung und Lockerung der in der Nervenscheide zum Nerven verlaufenden Gefässe und hierdurch herbeigeführte bessere Ernährungsvorgänge im Nerven selbst beruhen; einen directen Einfluss auf das Centralorgan leugnet Vogt mit anderen. Bei primär centraler Auslösung des Leidens könnte nach Vogt's Theorie also kein Erfolg von der Operation erwartet werden. v. Nussbaum hatte jedoch schon 1876 bei einem exquisit primären Rückenmarksleiden überraschenden Erfolg zu verzeichnen (Lähmung und clonische Krämpfe in den untern Extremitäten, nach einem Sturz entstanden und seit elf Jahren bestehend; nach Dehnung beider Ichiadici und crurales wurden die Krämpfe beseitigt). Ferner beseitigte

derselbe Chirurg eine 20 Jahre lang bestehende Intercostalneuralgie aus centraler Ursache in gleicher Weise. 1879 nahm Langenbuch die erste Dehnung bei anscheinend diabetischen lanzinirenden Schmerzen mit Erfolg an den unteren Extremitäten vor; als später auch Dehnung des Plex. brachialis an demselben Individuum vorgenommen wurde, starb Patient dabei in einem epileptiformen Anfall. Die Autopsie ergab keine Anhaltspunkte für Tabes. Esmarch, Erlenmeyer und Socin nahmen ferner wegen mehr oder minder scharf diagnosticirter Tabes die „Dehnung" vor, bis im April 1881 Rzehaczek aus Müller's Ambulatorium einen exquisiten Tabetiker, dem sofort ein zweiter und dritter folgte, mit sehr günstigem Resultate der Operation unterwarf. Hinsichtlich der Details beider höchst interessanten auch die Technik der Behandlung mittheilenden Krankengeschichten ist auf das Original zu verweisen, in welchem Verf. jedoch die Ansicht ausspricht, dass „die Nervendehnung nur ein symptomatisches, allerdings in den meisten Fällen sicher und prompt wirkendes und von keinem anderen bis heute übertroffenes Mittel gegen tabische Einzelerscheinungen sei." — Verf. schliesst aus seinen therapeutischen Erfahrungen, sowie aus Experimenten (— besonders sind die von Brown-Séquard, Debove, Laborde, Scheving und Quinquaud angeführt —), dass die Nervendehnung nicht nur peripher, sondern auch central wirke, jedoch nur bis in das Rückenmark. Zur Erklärung fügt er der Vogt'schen Theorie noch bei, dass die dynamische Wirkung das Wichtigste sei, d. h. eine moleculare Veränderung im Nerven und vor Allem im reinen Centrum vorliege. — Um eine Theorie der Indicationen zu construiren, zeichnet Verf. ein Schema der sensiblen und motorischen Bahnen und kommt dabei zu dem Satze, „dass der Erfolg der Dehnung, ganz abgesehen von der Natur der Läsion, hauptsächlich davon abhängen werde, in welcher Höhe die reizende Läsion gelegen ist, d. h. ob sie für die durch den mechanischen Reiz ausgelösten Erregungswellen noch wirksam erreichbar ist oder nicht." Periphere Neuralgien mögen die günstigsten Chancen bieten; aber auch dann ist noch auf Erfolg zu rechnen, wenn die Läsion im Rückenmarke oder Bulbus gelegen, wenn es sich um Tabes, chronische Myelitis und andere sclerotische Processe handelt. Keinen Erfolg vermuthen die Autoren, wenn die Läsion im Hirn gelegen oder wenn Pseudoneuralgien in Folge von florider Wirbelcaries vorliegen. Ferner ist Erfolg zu vermuthen bei motorischen Reizungserscheinungen (clonischen, tonischen oder gemischten Zuckungen und Contracturen), wenn die Läsion zwischen dem Muskel und der vorderen motorischen Wurzel oder central im Rückenmark in der Nähe des „grossen Reflexbogens liegt (z. B. bei disseminirter Rückenmarkssclerose, bei der so häufigen chronischen Myelitis des unteren Dorsalmarkes und bei primär chronischer Transversalmyelitis, in Fällen, die alle das Bild der sogenannten spastischen Spinalparalyse bieten). Ebenso kann die Nervendehnung versucht werden zur Beseitigung der sogenannten späten Contracturen bei Hemiplegie aus cerebraler Ursache (Hämorrhagie, Embolie etc.). „da eine absteigende Degeneration der motorischen, d. h. der Pyramidenseitenstrangbahnen folgt, welche durch die Operation beeinflussbar.

Auch die nicht cerebrale Ataxie kann durch Nervendehnung, wenn nicht beseitigt, so doch gebessert werden.

Contraindicirt ist die Operation bei primär und exclusiv cerebraler Auslösung motorischer Reizsymptome (bei Hirntumoren, Aneurysmen, chronischen Encephalitiden, Paralysis agitans der Irren, Cysticercus).

Eine Vitalindication giebt der Tetanus traumaticus ab. Dabei werde die Operation möglichst frühzeitig gemacht, und zwar bei den ersten Reizerscheinungen.

Schliesslich wird die Nervendehnung auch in den Fällen mit Aussicht auf Erfolg gemacht werden können, wo es in Folge gewisser Reizzustände in gemischten Nerven zu peripheren Trophoneurosen gekommen ist.

Motorische Lähmungen werden sich jedoch nur höchst selten für diese Behandlung eignen, vielleicht bei primär peripherer Ursache. Hinsichtlich der Wahl der Operationsstelle verweist Müller auf Vogt's Monographie. Als Regel stellt er jedoch auf, namentlich bei spinalem Sitze des Leidens, möglichst centralwärts zu dehnen.

Ueber die Grösse der aufzuwendenden Kraft lässt sich keine genauere Angabe machen, was freilich von den meisten, die sich zu unterrichten streben, sehr vermisst werden wird.

Seinen eignen Standpunct gegenüber der Frage der Nervendehnung bei centralen Leiden, besonders Tabes, legt Verf. in der Weise, durch Beispiele erläutert, dar, dass er die Operation anwenden will, wenn die bekannten physicalischen und chemischen (medicamentösen) Mittel im Stiche lassen. Eine Restitution von durch Atrophie verloren gegangener Nervensubstanz erwartet Müller nicht von der Operation, doch ist dies zur Beseitigung der Schmerzen, welche doch meist die Indication zur Vornahme der Dehnung geben, gar nicht nöthig; zerstörte und geschwundene Fasern schmerzen gewiss nicht mehr. In zweiter Linie dürfte in gewissen Fällen die Ataxie die Operation erheischen. Müller hebt dabei hervor, dass es ihm scheine, als ob zu ihrer wirksamen Beeinflussung an den unteren Extremitäten mit mehr Vortheil die Dehnung des n. crurales, als die der Ischiadici vorzunehmen sei.

von Mosengeil.

---

560. **Prof. S. Rosenstein** (Leiden). **Ein Fall von Incision des Pericardium.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 5.)

Ein 10jähr. Knabe wurde am 16. Januar 1879 in die Klinik aufgenommen. Der Vater gesund, die Mutter an Phthise gestorben. Vor 14 Tagen Beginn der Krankheit mit gastrischen Erscheinungen und Husten. Körperbau dem Alter entsprechend, Gesicht auffallend blass. Temp. 37,6, Puls klein, sehr weich, regelmässig 108, Resp. 40, costoabdominal, linke Brusthälfte stark hervortretend, Herzstoss nicht fühlbar, Herztöne nicht hörbar; Dämpfung links vom 1. Intercostal-

raum beginnend, nach links bis zur Axillarlinie, nach rechts zur Mamillarlinie sich ausbreitend, bildet eine Dreiecksform mit der Spitze nach oben. Harn bloss 1100 ccm, 1007 spec. Gewicht ohne Eiweiss; andere Organe normal.

Eine Probepunction des Pericardiums mit der Pravaz'schen Spritze ergiebt Eiter. Da die Athmung auf 52, der Puls auf 140 stieg, klein und intermittirend wurde, war die Entleerung geboten. Im 4. Intercostalraum, nahe am Sternum wurde punctirt und mit Potain's Apparat 620 ccm Eiter entleert, — darauf Resp. 28, P. 92. — Unter mässig starkem Fieber mit intermittirendem Typus (37.6 M. — 39.4 A.) nahm sowohl das pericardiale Exsudat wieder zu, als auch bildete sich eine linksseitige Pleuritis, in derem serösem Exsudat 1100 ccm mit Potain entleert wurden, während aus dem Pericardium nur 120 ccm Eiter gewonnen werden konnten. Puls klein, 120, unregelmässig, abwechselnd exquisit paradox. Resp. 44, Orthopnoe, Lippen cyanotisch, an den Füssen und Scrotum Oedem. Harn 250—300 ccm. Da am folgenden Tage der Puls kaum fühlbar geworden, wird die Incision des Pericardium unter strenger Antisepsis im 4. Intercostalraum nahe am linken Sternalrand gemacht. Es entleert sich eine grosse Menge Eiter, 2 Drains werden in die Wunde gelegt und Lister'scher Verband darüber.

„Der Effect auf das subjective Befinden des Pat. war zauberhaft.“ Das Fieber fiel, der Harn vermehrte sich sogleich, der Puls wurde regelmässig, die Oedeme schwanden. Die Herztöne deutlich von Reiben begleitet; 14 Tage nach der Incision wurden die Drains entfernt, 6 Tage darnach war die Pericardialwunde geschlossen. Die Dämpfung nach links noch nicht geändert, nach rechts tympanitischer Schall. Nun steigert sich mit abermaligem Fieber das linksseitige Pleuraexsudat; eine Punction entleert 1000 ccm Eiter mit wenig Erleichterung; am folgenden Tage durch Schnitt nach 1500 ccm entleert, Temp. 36,2. Seitdem blieb das Fieber aus.

Am 12. April: normale Farbe der Haut und Schleimhäute; Puls regelmässig gut entwickelt, 88; Resp. 20. An der Vorderfläche des Thorax ein ausgebreitetes Venennetz sichtbar; die linke Seite etwas eingesunken. Spitzenstoss sichtbar und fühlbar zwischen Mammillar- und Parasternallinie. Herzmattigkeit beginnt links am untern Ende der 3. Rippe, reicht bis zum linken Sternalrand und dicht an die Mammillarlinie; Herztöne rein. Hinten links heller Schall bis 10. Brustwirbel. Geheilt entlassen.

R.

561. **H. Senator, Die Albuminurie im gesunden und kranken Zustande.** Mit 1 Tafel. (Berlin 1882, Aug. Hirschwald.)

Das erste der, in sechs Capitel eingetheilten, Monographie beschäftigt sich mit der Frage über die verschiedenen Arten der Eiweissausscheidung. — Wohl alle Lehren von der Albuminurie nehmen als alleinige Quelle des Harneiweisses das Blut und zwar fast ausschliess-

lich das Blut der Gefässknäuel an. Verf. hat schon in früheren Arbeiten darauf hingewiesen und betont jetzt abermals, dass kein Grund vorhanden ist, das Blut des interstitiellen Gefässsystems, die Lymphe und die verschiedenen Epithelien der Niere von der Betheiligung bei der Albuminurie auszuschliessen. — Die Eiweissart, die wir im Urin gewöhnlich finden, ist nicht lediglich das Serumalbumin, auch der zweite im Blut in Lösung befindliche Eiweisskörper, das Globulin, erscheint immer, bisweilen sogar ganz allein im Urin, ferner, aber freilich selten das Pepton und das Propepton oder die Hemialbuminose. Letzteres, bis jetzt öfters bei Osteomalacie gefunden, scheint nach Erfahrungen S. nicht gar so selten vorzukommen. Der Grund für den seltenen Fund dieser Eiweisskörper scheint in der mangelhaften Eiweissreaction zu liegen (Kochen und Zusatz von Acid. nitr.), die gewöhnlich in der Harnprobe angestellt wird. Im zweiten Capitel wird sehr eingehend die Frage nach dem Eiweissgehalt des normalen Harns abgehandelt. Verf. beantwortet sie bejahend. Die von Wittich insbesondere vertheidigte Annahme wurde bekanntlich von den neueren Untersuchern fallen gelassen; in neuester Zeit wurde in dem Epithelbelag der Knäuelgefässe das Hinderniss für den Eiweissdurchtritt angenommen. S. kann dies nicht billigen; mag auch der eigenthümliche Epithelbelag dem Eiweissdurchtritt ein starkes Hinderniss entgegenstellen, ganz aufheben kann er nach Analogie mit allen andern Transsudaten den Durchtritt nicht. Dass der Urin wirklich ein Transsudat sei und nicht ein Secretionsproduct im Heidenhain'schen Sinne (nach H. sollen die Zellen der Knäuelgefässe Wasser und Salze secerniren und den Durchtritt des Eiweiss verhindern), beweist Senator aus mehreren pathologischen Beobachtungen (cf. Bartels und Original). Dagegen erkennt Verf. die Annahme Heidenhains an, dass die Epithelzellen der Harnkanälchen gewisse specifische Harnbestandtheile secerniren, möchte aber als Erweiterung der bisherigen Annahme noch hinzufügen, dass, wie Nussbaum nachgewiesen, auch von den Epithelien der Harnkanälchen Wasser secernirt werde. Wenn nun in der That der Urin ein Transsudat darstellt, warum macht er in Betreff des Albumingehalts eine Ausnahme? (Denn in Wirklichkeit ist ja doch der letztere nur selten nachgewiesen.) Da in den Knäuelgefässen der Seitendruck stärker ist, als in irgend einem Capillarsystem des Körpers, wird bei höherem Druck zwar absolut mehr Eiweiss durchfiltriren, aber dafür auch bedeutend mehr Wasser, so dass doch das Transsudat nur einen unendlich geringen Eiweissgehalt haben muss. — Im dritten Capitel wird die Abhängigkeit der Albuminurie von Veränderungen des Blutdrucks discutirt. Was zunächst die experimentell hervorgerufene arterielle Drucksteigerung betrifft, so sind die Versuchsanordnungen z. Th. nicht einwandsfrei (Reizung des Halsmarks, Unterbindung der Aorta, Durchschneidung der Nierennerven) und die Resultate der verschiedenen Experimentatoren sehr verschieden; z. Th. genügen unsere Kenntnisse nicht, um in dieser Frage entschieden Stellung nehmen zu können, es bezieht sich dies auf die arterielle Drucksteigerung bei Erhöhung der Körpertemperatur, hier könnte das Auftreten des Eiweisses schon durch die Steigerung der Temperatur an sich erklärt werden. — Den andern Versuchsanordnungen: 1) Gänzliche Aufhebung des Venenabflusses,

2) Absperrung oder Beschränkung des arteriellen Zuflusses, 3) Ureterenunterbindung, macht S. den Vorwurf, dass alle Experimentatoren den pathologischen Zustand zu lange Zeit hätten andauern lassen; hierdurch wäre es bei den verschiedenen Versuchsanordnungen zu ziemlich ähnlichen Resultaten gekommen, während es doch wichtiger sei, gerade den Beginn der Erscheinungen zu erforschen. S., der gerade diesen Punct berücksichtigte, kommt bei der ersten Versuchsart zu dem Resultat, dass die abnorme Eiweissausscheidung zuerst in den Harnkanälchen stattfindet, und erst später in den Kapseln sichtbar wird. Im vollständigen Gegensatz hierzu fand sich bei der zweiten Versuchsanordnung die erste Eiweissausscheidung in den Kapseln und erst später in den Harnkanälchen. Die dritte Versuchsreihe ergab zunächst (bei 10 bis 15 Minuten langer Dauer) nur eine starke Ausdehnung der Harnkanälchen und hochgradiges interstitielles Oedem im Nierenmark, erst nach längerer Zeit fand sich Eiweissausscheidung in den Kapseln und in den Harnkanälchen. — Im 4. Capitel (Abhängigkeit der Albuminurie von Entartung der Nierenepithelien) wird der Beweis zu bringen gesucht, dass die früher acceptirte Annahme einer starken Betheiligung der Epithelien der Harncanälchen bei der Albuminurie die richtige sei. Die neuere gegentheilige Auffassung wurde dadurch hervorgerufen, dass bei Entartung der Epithelien, wie sie bei Phosphorvergiftung, acuten Anämien und Infectionskrankheiten gefunden werde, Albuminurie fehle. S. sucht nachzuweisen, dass diese Auffassung irrig sei; eigene Experimente zeigten, dass Phosphorvergiftung immer Albuminurie hervorrufe, es entspräche dieser Befund auch den klinischen Thatsachen. Auch bei reinen desquamativen Processen in der Niere rühre der Eiweissgehalt von dem sich lösenden zerfallenen Protoplasma her. Da übrigens in den Epithelien auch andere Eiweisskörper vorkämen, brauchte man bei Constatirung der nicht im Blut sich normal vorfindenden Albuminate nicht immer auf eine abnorme Blutbeschaffenheit schliessen. — Der Einfluss der letztern auf die Albuminurie bildet den Inhalt des 5. Capitels. Man muss an eine derartige Möglichkeit besonders in den Fällen denken, in denen Albuminurie ohne Nierenleiden beobachtet wird. Nach den Untersuchungen von Hoppe-Seiler filtrirt Eiweiss besser durch thierische Membranen, wenn die Lösung reicher an Salzen ist, vielleicht lässt sich ein derartiger Grund für die physiologisch beobachtete Albuminurie (Verdauungs-Albuminurie) heranziehen. — Bekannt ist, dass das Hühnereiweiss leicht in den Harn übergeht, für andere Eiweissarten ist jedoch noch nichts Genaueres in dieser Beziehung bekannt. — Endlich führt S. noch die Albuminurie an, die bei Temperaturerhöhung beobachtet wird. — Im letzten Capitel werden einige besondere Formen krankhafter Albuminurie (febrile Albuminurie, Albuminurie bei Cholera, Albuminurie bei eigentlichen Nierenkrankheiten) nach den in den ersten Capiteln aufgestellten Gesichtspunkten beleuchtet. — Die beigefügte Tafel enthält je einen Schnitt durch Nieren, bei denen eine Vene und ein Ureter unterbunden ist.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

562. **L. Martineau, Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la Syphilis.** Subcutane Injectionen von ammoniakalischem Quecksilber-Pepton bei der Behandlung der Syphilis. (L'Union méd. Nr. 145, 146, 147, 150, 153, 154, 157, 164 und 171.)

M. hat diese Injectionen bei 172 Kranken im Ganzen 3838 mal gemacht. Die Tagesdosis schwankte zwischen 2 und 10 mgr Quecksilber. Die Formel für die zur Injection benutzte Lösung ist

Pepton. pulv. 9,0
Ammon. chlor. 9,0
Hydr. bichlor. corros. 6,0
solve in
Glycerin. pur. 72,0
Aq. destill. 24,0
Filtra.

Versetzt man 5 gr dieser Mischung mit 25 gr Aq. destill., so erhält man eine Lösung, die in 1,20 gr = dem Inhalt einer Pravatz'schen Spritze 10 mgr Hydr. bichlor. corros. enthält. Diese Lösung ist sehr beständig; es scheidet sich weder freies Sublimat noch Calomel aus. Bei längerem Aufbewahren bildet sich eine, durch Schütteln wieder verschwindende Trübung, welche aber nicht die Folge einer Zersetzung ist und die Anwendbarkeit und Wirksamkeit des Präparats in keiner Weise alterirt. M. gibt eine ganze Reihe von Krankengeschichten, aus welchen er folgendes Resumé zieht:

1. Die ammoniakalische Quecksilberpeptonlösung erzeugt, in das Unterhautzellgewebe injicirt, weder locale Entzündung noch Schmerz. Treten diese Uebelstände doch ein, so liegt die Schuld entweder an einer excessiven Reizbarkeit der betreffenden Kranken, an einer stumpfen Nadel oder daran, dass die Injection in das Cutisgewebe selbst gemacht wurde.

2. Salivation wird selbst bei fortgesetzter Anwendung einer Tagesdosis von 10 mgr nicht beobachtet, falls nicht schon vor der Anwendung katarrhalische Erkrankung der Mundschleimhaut oder des Zahnfleisches bestand.

3. Die Injectionen verursachen niemals gastro-intestinale Störungen, und verbieten nicht die gleichzeitige Anwendung anderer Medicamente zur Bekämpfung etwaiger die Syphilis complicirender Erkrankungen.

4. An Sicherheit und Schnelligkeit der Wirkung übertrifft diese Methode der Syphilisbehandlung alle andern, wie sie auch in jedem Falle ertragen wird. M. erwähnt den Fall einer Schwangeren, die durch die Injectionen von ihrer Lues geheilt, ein ausgetragenes gesundes Kind gebar, welches nach Monaten keine Symptome hereditärer Syphilis zeigte. Die Injectionen sind in jeder Form der Syphilis wirksam.

5. Dass das subcutan injicirte Quecksilberpepton resorbirt wird, beweist das Auftreten von Quecksilber im Harn.

Zur Anwendung per os bediente sich M. folgender Lösung:

Pepton. mercur. ammon. 1,0 (entspr. 0,25 gr Quecksilber)
Aq. dest. 200,0
Glycerin 50,0.

Ein Theelöffel dieser Lösung enthält 0,005 Hydr. bichlor. corros.; die Tagesdosis betrug 1—2 Theelöffel voll. M. rühmt den angenehmen, nicht metallischen Geschmack dieser Lösung und das Ausbleiben von Salivation und gastro-intestinalen Störungen. Die Resorption wird durch das Auftreten von Quecksilber im Harn bewiesen. Die Wirksamkeit ist dieselbe wie die der übrigen per os gereichten Quecksilberpräparate und steht hinter der Injectionsmethode bedeutend zurück.

Brockhaus (Godesberg).

Neue Bücher.

Bell, Diphtheria: Its cause, cure and how to arrest it. London, Churchill, 1 sh.

Charon, Contribution à la pathologie de l'enfance. 2me ed. revue et augmentée avec gravures dans le texte et planches noires et en couleurs, hors texte. Bruxelles. 6 fr.

Coomes, Naso-Pharyngeal-Catarrh. Louisville. 10 sh.

Dekeersmaecker, Le Daltonisme et les altérations du sens visuel en general chez les agents de l'administration des chemins de fer. 2 fr.

Edwards, Malaria: what it means and how avoided. 4 M.

Felix, De l'action physiologique et thérapeutique du phosphore pur et de son emploi dans le traitement curatif de la bronchite chronique, de l'emphysème et de la phtisie pulmonaires. Bruxelles. 4 fr.

Lalicu, Manuel d'oxalimétrie ou méthode de titrages fondée sur l'emploi combiné de l'acide oxalique et du permanganate de potasse, applicable à l'essai de substances médicamenteuses, alimentaires etc. Bruxelles. 3 fr.

Pramberger, Ueber fibrinöse Bronchitis. Graz, Leuschner & Lubensky. 1 M. 60 Pf.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. **26. Januar.** **Nro. 42.**

563. **Cornil, Note sur le siège des bactéries dans la lèpre et sur les lésions dans cette maladie.** Bemerkung über den Sitz der Bakterien bei Lepra und die Organveränderungen in dieser Krankheit. (L'Union méd. Nr. 178 und 179.)

C. untersuchte Hautknoten, Lymphdrüsen, Cornea, Larynx, Leber, Hoden und N. ulnaris eines an Lepra Verstorbenen. Er fand die Gestalt und Grösse der Bakterien verschieden je nach der Struktur der Organe, in welchen sie vorkamen. In den Hautknoten waren sie sehr klein, so dass sie erst nach sorgfältiger Färbung bei einer 5—800-fachen Vergrösserung gut erkennbar waren. Sie erfüllten in Bündel- und Büschelform in ungeheurer Anzahl die von Virchow beschriebenen grossen Zellen. In den Capillaren war das Lumen an verschiedenen Stellen durch Haufen von Sporen völlig verstopft; die grösseren Gefässe zeigten sclerotische Verdickung der Wandungen, zwischen den einzelnen Lamellen beträchtliche Mengen von Stäbchen. In den Hodenkanälchen erreichten die Bacillen eine Länge von 10—15 μ und eine

Dicke von $^1/_2$—1 μ, hatten geradlinige oder mässig gekrümmte Gestalt und zeigten im Innern das Licht stark brechende Vacuolen, welche sich mit Anilinviolett theils intensiver, theils weniger stark färbten, als die übrige Substanz des Stäbchens. Hier und da waren an beiden Enden der Stäbchen runde oder eiförmige Sporen zu bemerken. Zwischen den Zügen des fibrösen Gewebes bildeten die Bakterien kettenförmige Reihen, deren einzelne Glieder durch ungefärbte Zwischensubstanz getrennt waren; diese Reihen erreichten eine Länge von 40—120 μ. In dem Zellenprotoplasma fanden sich freie Sporen. Die geringe Grösse der Bakterien in den Hautknoten erklärt Verf. durch die Festigkeit dieser Letzteren, welche dem Wachsthum der Stäbchen hinderlich ist. Er bespricht sodann die Details der durch die Bakterien in den einzelnen Organen hervorgerufenen Structurveränderungen, bezüglich derer auf das Original verwiesen werden muss, und kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die leprösen Knötchen und die lepröse Infiltration charakterisiren sich durch eine kolossale Menge grosser Zellen, welche das erkrankte Gewebe durchdringen und mit feinen Bakterien vollgepfropft sind. Wenn die lepröse Infiltration ein weiches Organ, wie die Leber, oder ein Organ, welches, wie der Hoden, natürliche Höhlungen besitzt, ergreift, so werden die Bakterien viel umfangreicher. In diesen infiltrirten, fast mortificirten Geweben, welche, wenn sie der äusseren Haut oder einer Schleimhaut angehören, ulceriren, ist die Blutcirculation wenig activ oder gleich Null und die Capillaren sind vollgestopft mit einem Infarct aus Bakterien.

2. In den meisten fibrösen Geweben finden sich die Bakterien in Form langer Fäden in den Interstitien der Bindegewebsbündel; die fixen Bindegewebskörperchen sind normal oder wenig verändert. Im Ganzen zeigt das Bindegewebe sclerotische Verdickung.

Brockhaus (Godesberg).

---

564. **Felix Hoppe-Seyler, Ueber die Einwirkung des Sauerstoffs auf Gährungen.** Festschrift zur Feier des 25 jährig. Bestehens des pathol. Inst. zu Berlin. Rud. Virchow überreicht. (Strassburg 1881. 32 S.)

Bei gährenden Flüssigkeiten ist, auch wenn sie in offenen Gefässen an der Luft stehen, die Einwirkung des atmosphärischen Sauerstoffs auf die tieferen Schichten ausgeschlossen. Wo nicht die bei dem Processe sich entwickelnden Gase den Zutritt des Sauerstoffes hemmen, da ist doch der Verbrauch desselben rascher, als die Diffusion des Gases von der Oberfläche. Sehr schön lässt sich dies, wie Hoppe früher gezeigt hat, an einer faulenden Blutlösung, welche in einem offenen Glascylinder an der Luft steht, spectroscopisch nachweisen. Nur die obersten wenigen Millimeter zeigen die Absorptionsstreifen des Oxyhämoglobins, die tieferen Schichten die des sauerstofffreien Hämo-

globins. Die Grenze, bis zu welcher der atmosphärische Sauerstoff das Blut arteriell färbt, rückt abwärts, wenn der Sauerstoffdruck in der Luft steigt; oder wenn man den Fäulnissprocess durch Abkühlen der Flüssigkeit verlangsamt; sie nähert sich der Oberfläche unter den entgegengesetzten Bedingungen.

Das nächstliegende Verfahren, die Einwirkung überschüssigen Sauerstoffs zu ermitteln, Durchleiten eines Luftstromes durch die gährende Flüssigkeit, ist wegen des starken Schäumens unbrauchbar. Hoppe-Seyler brachte deshalb die Gährungsgemische in geräumige horizontal liegende Flaschen, welche um ihre Längsaxe durch einen Motor beständig hin und her gedreht wurden, so dass die Flüssigkeit stets an der Wand in dünner Schicht herabfloss und ausgiebig mit der genügend erneuten Luft, welche den grössten Theil der Flasche erfüllte, in Berührung kam. Controlversuche zeigten, dass diese Art der Bewegung das Leben der Microorganismen durchaus nicht schädigte, wie dies, nach Horvath, stärkere Erschütterungen thun. — Der Zutritt des Sauerstoffs begünstigte die Entwicklung von Micrococcen und Bacterien, während er die Hefezellen zwar nicht tödtete, aber ihre specifische Function, die Umwandlung des Zuckers in Alcohol und Kohlensäure fast vollständig hemmte.

Die Fäulniss von Eiweisslösungen schreitet, wenn die Lösung fortwährend sauerstoffhaltig bleibt, sehr viel rascher vor, als unter gewöhnlichen Verhältnissen. Die sonst beobachteten Reductionsproducte, Wasserstoff, Schwefelwasserstoff, Indol, Hydroparacumarsäure treten nicht auf, oder werden, wenn sie vorher bei Sauerstoffmangel gebildet waren, noch nachträglich zerstört. Die einzigen Producte der, nach dem Vorgange Liebig's als Verwesung bezeichneten, Fäulniss bei hinreichender Sauerstoffzufuhr sind Kohlensäure und Ammoniak. Es sind die eben genannten Reductionsproducte, welche gleich bei ihrer Entstehung sich mit dem vorhandenen Sauerstoff verbinden, dessen Molecül spalten, und so activen Sauerstoff bilden, dessen energische Wirkung die rasch vorschreitende Oxydation in der Flüssigkeit genügend erklärt. Die sehr interessanten Betrachtungen über die bei Gegenwart oder Mangel von Sauerstoff verschiedene Rolle, welche die Microorganismen in den geologischen Umwandlungen der Erdoberfläche spielen, müssen hier unerwähnt bleiben. Im feuchten Erdboden wechselt, wie in Flüssigkeiten, die Tiefe, bis zu welcher der Sauerstoff vordringt, namentlich je nach der Intensität der Oxydation in den obersten Schichten. — Für den Hygieniker wird Beachtung der Verschiedenheit der oberhalb und unterhalb der wechselnden Sauerstoffgrenze in Boden und Grundwasser ablaufenden Processe empfohlen. Hoppe bezeichnet es als wahrscheinlich, dass die epidemische Verbreitung von Abdominaltyphus, Cholera, Intermittens in naher Beziehung stehe zu den Vorgängen unter der Sauerstoffgrenze, während andere Infectionskeime, wie die des Milzbrandes, dort ihren Untergang zu finden scheinen.

N. Zuntz (Berlin).

565. **Verhandlungen des Vereins für innere Medicin zu Berlin.** Sitzung am 28. Nov. 1881. (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 1. 1. Jan. 1882. pag. 10.)

Die Frage ist vorgelegt: In wie weit ist Syphilis Ursache der Tabes und was erreicht man mit einer antisyphilitischen Behandlung dieser Krankheit?

Leyden spricht sich entschieden gegen einen Zusammenhang von Tabes und Syphilis aus. Besonders seit der Arbeit von Dr. Knorne in Hamburg 1847 wurde das Vorkommen syphilitischer Erkrankungen im Gehirn und Rückenmark anerkannt und so bei Nervenkranken, deren Anamnese etc. Syphilis einigermassen wahrscheinlich machte, antisyphilitische Kuren angewandt. In späteren Jahren kam man davon ab und erst seit der Publication von Erb 1879 hat man wieder diese Behandlungsweise acceptirt. In Frankreich, England und Amerika hat diese Lehre viele Anhänger mit bekannten Namen gefunden, in Deutschland hat sich unter anderen Leyden und Westphal schon früher gegen die Lehre, Erb dafür ausgesprochen. Nach der Statistik von Erb haben 88 Proc. Tabische vorher Syphilis gehabt. L. glaubt, dass die Statistik allein keinen ätiologischen Beweis liefern könne, denn die nachträgliche Erhebung auf Syphilis habe viele Fehlerquellen, Erb sei Anhänger der unitarischen Auffassung und eine Hypothese dürfte einer Statistik nicht zu Grunde gelegt werden. Ausserdem habe Westphal kleinere Zahlen gefunden.

Von grösserer Wichtigkeit ist die Erfolglosigkeit einer antisyphilitischen Behandlung bei Tabes und der Erfolg der antisyphilitischen Kuren gehöre zur Diagnose syphilitischer Affektionen. Die gerühmten Erfolge sind Schwankungen, die die Tabes auch bei anderen Kuren zeigt. In vielen Fällen schadet selbst eine antisyphilitische Behandlung.

Schliesslich ist der pathologisch-anatomische Process der Tabes verschieden von dem der Syphilis. Syphilis führe nicht diffuse Veränderungen in der Substanz des Nervensystems herbei. Die Anatomie der Rückenmarkssyphilis müsse man theilweise aus der bekannteren des Gehirns folgern und da seien zu verzeichnen circumscripte gummöse Meningitis, das Syphilom und Erweichungen durch Arterienerkrankungen. Die syphilitische Natur der Sklerose sei zweifelhaft, und diese ebenfalls circumscript.

Ferner weisen die Symptome von Rückenmarkssyphilis auf eine circumscripte myelitische oder myelo-meningitische Affektion hin; es sind Parese und Rigidität hauptsächlich der unteren Extremitäten. Durch Erweichungsheerde im Pons und Med. oblongata tritt subacute oder apoplectiforme Bulbärparalyse auf.

Bernhardt fasst den Zusammenhang so auf, dass ein mit Syphilis durchseuchter Körper den erfahrungsgemäss zu Tabes führenden Schädlichkeiten weniger Widerstand leiste. Nach seinen Beobachtungen berechnen sich bei Männern 40—60 Proc., bei Weibern 21 Proc. Doch in einzelnen Fällen nur Gonorrhoe angegeben. Gewöhnlich war die syphilitische Infection circa 20 Jahre vor der Tabes vorhanden und in der Zwischenzeit hatten sich die Pat. den verschiedensten Schädlichkeiten ausgesetzt.

Litten sah bei Sectionen von Gehirn-Syphilis Erweichungen und zwar meistens in Folge von Verschluss grösserer Arterien durch endotheliale Wucherung und secundäre Veränderungen; Redner erwähnt eine Reihe von Fällen, in denen bei jugendlichen Individuen Apoplexie eintrat und das gesammte Krankheitsbild den Eindruck einer Embolie machte ohne entsprechende Veränderungen am Herzen und den peripheren Gefässen. In diesen Fällen wurde vorherige Syphilis nachgewiesen und die Lähmung ging bei frühzeitiger antisyphilitischer Behandlung bald zurück. Gegen die Annahme, dass diese arteriellen Verschlüsse durch Collateralkreislauf ausgeglichen würden, spricht der anatomische Verlauf der Gefässe. Die Endothelen sind vielmehr in diesen Fällen keulenförmig angeschwollen, bedingen so den Verschluss des Gefässes und durch die antisyphilitische Kur geht diese endotheliale Wucherung schnell zurück.

Köbner giebt zu, bei Syphilitikern mit tertiären Symptomen oder bei denen erst vor 2—5 Jahren die Infection stattgefunden hatte, Symptome gesehen zu haben, die der Tabes ähnlich waren. Doch soll man bei längerer Beobachtung sich überzeugen, es nicht mit Systemerkrankungen, sondern mit anderen spinalen Affektionen zu thun zu haben. Bei solchen Fällen, die bei ziemlich plötzlich gestörter Motilität den Eindruck von Ataktischen machten, hat K. antiseptische Kuren angewandt und entschiedene Besserungen erzielt. Er warnt jedoch vor „post hoc, ergo propter hoc". Bei einem Fall trat Tabes 12 Jahre nach constit. Syphilis auf. In solchen Fällen räth K. zum Jodkalium. In Beziehung auf die Erb'sche Statistik macht er den Unterschied von Stadt und Land geltend; im letzteren Fall sei der Procentgehalt geringer.

Beuster glaubt, dass in manchen Fällen von Tabes, wo entschieden syphilitische Symptome vorhanden sind, man einer antisyphilitischen Behandlung nicht widerstreben dürfe. Wenn auch kein Erfolg zu verzeichnen sei, so sei bei sorgfältiger Kur auch nicht geschadet.

Ewald theilt mit, dass die Statistik von Althaus, die auf grossem Material beruhe, mit der von Erb stimme; zwar erkenne ersterer den Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes nicht an.

Menche.

---

566. **Dr. Seeligmüller** (Halle a. S.), **Ueber initiale Lokalisation der progressiven Muskelatrophie.** Vortrag auf der deutschen Naturforscher-Versammlung in Salzburg. (Deutsche Med. Wochenschr. 1881. Nr. 48.)

Bezüglich der anatomischen Lokalisation der progressiven Muskelatrophie ist Verf. der Meinung, dass es ebensowohl Fälle gibt, welche für Friedreich's Auffassung von der peripheren Myositis und Neuritis ascendens sprechen, wie solche, deren Ursprung im Rückenmark

zu suchen ist. Zu den letzteren zählt er die Mehrzahl der ohne Lipomatose der Muskulatur an den unteren Extremiäten auftretenden hereditären Fälle mit ziemlich gleichmässig verbreiteter Abmagerung über den ganzen Körper. Die peripheren Erkrankungen können in Folge Ueberanstrengung und Misshandlung an jedem beliebigen Muskel beginnen.

Unter 28 Fällen begann die Atrophie 13 mal an der Hand, 6 mal am Arm, 6 mal an der Schulter, 3 mal an den Unterextremitäten. Die Angabe Duchenne's, nach welcher die congenitale progressive Muskelatrophie zunächst an der mimischen Mundmuskulatur auftreten soll, konnte S. nicht bestätigen. 2 mal beobachtete S. Ausgang in Bulbärparalyse. Von den brachial beginnenden Fällen werden drei bestimmt auf Trauma (starken Druck) zurückgeführt. Bei zwei von der Schulter ausgehenden Fällen begann die Atrophie ausschliesslich an dem einen M. infraspinatus. Von den Schultermuskeln geht die Atrophie bisweilen auf die Rückenmuskeln über. Initiales Auftreten an den unteren Extremitäten sah S. 3 mal. Endlich wird ein Fall von tertiärer Syphilis angeführt, der vollständig unter dem Bilde der progressiven Muskelatrophie verlief und durch eine Schmier- und Jodkalium-Kur geheilt wurde.

Stintzing (München).

---

567. **Dr. Bernhard Nocht, Ueber die Erfolge der Nervendehnung.** (Berlin, Hirschwald 1882. 41 S.)

Um den Werth der Nervendehnung, einer Operation, die sich nicht auf das Experiment, sondern lediglich auf die Empirie stützt, richtig zu würdigen, sind wir allein auf die Betrachtung der klinischen Erfahrungen angewiesen, und desshalb unternahm es Vf, das Material aus den Einzelbeobachtungen in der Literatur zu sammeln und zu analysiren, wobei es ihm gelang, bei der nöthigen Skepsis 150 Fälle heranzuziehen.

Die meisten Nervendehnungen wurden gemacht bei Neuralgieen, nämlich 60. Von 24 Fällen bei Ischias wurden 21 geheilt, 16 augenblicklich und nachhaltig, in einem Falle folgte der Dehnung sensible Lähmung, mit deren Verschwinden die alten Schmerzen wiederkehrten; in einem andern Falle trat an Stelle der geschwundenen Ischias dauernde motorische Lähmung und ein dritter Fall endete letal in Folge der Operation durch chronische Pyämie. Mit Recht weist Angesichts der letztgenannten üblen Erfolge Verf. auf die Dehnungen hin, die ohne operativen Eingriff durch forcirte Beugung im Hüftgelenk zu Stande kommen. — Unter 17 Fällen von Trigeminusneuralgieen trat 10 Mal augenblicklicher und dauernder Erfolg ein, in 5 Fällen erst nach einiger Zeit und in 2 blieb er aus. — In $^2/_3$ der 15 Fälle von Nervendehnungen bei traumatischen Neuralgieen konnte schneller und guter Erfolg ver-

zeichnet werden. — Die Nervendehnung bei Neuralgieen ist zu empfehlen, wo innere Mittel und elektrische Behandlung im Stiche gelassen haben, kann sehr kräftig ausgeführt werden und ist bei Recidiven zu wiederholen. Die Ansicht Vogt's, dass gerade die Fälle sich eigneten, in denen makroskopische Veränderungen an den Nerven vorhanden waren, wurde durch Heilung sämmtlicher einschlägiger Fälle (16) bestätigt.

Weniger günstig sind die Erfolge der Nervendehnung bei Leiden in der motorischen Sphäre. Unter 8 Fällen von Tic convulsif wurden allerdings in 7 die Krämpfe gehoben, aber in 6 Fällen trat an deren Stelle Facialisparalyse, zum Theil sich erst nach Monaten bessernd, und in den länger beobachteten Fällen blieben Recidive nicht aus. Die Dehnung des Accessorius bei Torticollis hatte nur in 2 unter 6 Fällen erhebliche dauernde Besserung im Gefolge. Bei Motilitätsstörungen an den Extremitäten zeigte sich unter 6 Fällen dreimal guter Erfolg.

Von den allgemeinen Neurosen sind bis jetzt Tetanus, congenitale und Reflexepilepsie durch Nervendehnung behandelt worden. Unter 24 an traumatischem Tetanus Leidenden wurden 6 geheilt (davon 2 vielleicht mehr durch energische innere Medication, als in Folge der Operation), in den meisten anderen Fällen machte sich jedoch ein vorübergehender günstiger Einfluss geltend, indem das Glied, an dem die Dehnung gemacht war, meist aber auch der ganze Körper kürzere oder längere Zeit frei von Anfällen blieb. Verf., ausgehend von dem Gedanken, dass die Nervendehnung im Stande ist, abnorme Zustände des Nerven und damit auch die dem Centralorgan zugeführten abnormen Erregungen günstig zu beeinflussen, räth in jedem Falle von traumatischem Tetanus neben der entsprechenden Wundbehandlung und der Fürsorge für die Herabsetzung der Erregbarkeit des Centralorgans durch Narcotica die Nervendehnung auszuführen, vielleicht bei Verletzungen an den Enden der Extremitäten alle grösseren Nervenstämme des betreffenden Gliedes zu dehnen. Die wenigen bis jetzt veröffentlichten Fälle von Nervendehnungen bei Epilepsie muntern zu weiteren Versuchen auf. Ueber die Nervendehnungen bei Hautkrankheiten lässt sich Nichts aussagen.

Die in den allerletzen Jahren in Schwung gekommene Nervendehnung bei Tabes dorsalis hat keine glänzenden Erfolge gehabt, wenn man nach Ausscheidung aller zweifelhaften Fälle (auch die von Langenbuch und Schüssler werden zurückgewiesen) die 8 Fälle der Literatur und die 2 vom Verf. zugefügten genauer betrachtet. 2 von diesen 10 Kranken starben in Folge der Operation. Sichere Hülfe gewährt die Nervendehnung nur gegen die Schmerzen der Tabetiker, für die Ataxie und die Sensibilitätsstörungen sind die Erfolge sehr verschieden. Von einer vollständigen Heilung durch die Operation kann keine Rede sein und scheint es von Bedeutung, dass das Kniephänomen auch nach der Dehnung verschwunden bleibt. Die Nervendehnung wirkt also bei Tabes nur symptomatisch und ist nicht ungefährlich, da Steigerung der Parese, Epilepsie in Folge der Operation möglich, die Gefahr der Verunreinigung der Wunden mit Koth und Urin und dadurch bedingte septische Infektion kaum vermeidlich ist.

Noch weniger aufmunternd sind die Resultate der Nervendehnung bei anderen Rückenmarksleiden, in einzelnen Fällen wurden einige Symptome (Schmerzen, Spasmen, Contrakturen, Tremor) günstig beeinflusst, in anderen stellten sich nach der Operation schlimmere Erscheinungen ein, als vorher da waren.

Verf. schliesst aus seinen Zusammenstellungen, dass bei Neuralgieen, bei Tetanus und Reflexepilepsie der Operation ein Werth nicht abzustreiten ist, dass jedoch bei Leiden in der motorischen Sphäre und bei den Affektionen der nervösen Centralorgane ein definitives Urtheil über den Umfang der therapeutischen Wirkung der Operation vorläufig noch nicht abgegeben werden kann.

Peretti (Andernach).

---

568. **Dr. Riedel** (Aachen), **Zur Nervendehnung nach Wirbelläsion.** (Deutsche med. Wochenschr. 1882. Nr. 1.)

In einem (von König operirten, von Rosenbach beschriebenen) Falle von Myelitis transversa traumatica mit unvollständiger motorischer Lähmung und completer Anästhesie der Unterextremitäten sowie der Blase und des Mastdarms, hochgradig herabgesetzter Reflexerregbarkeit und aufgehobenem Patellarreflex wurde durch die Dehnung die Anästhesie innerhalb 5 Stunden nach der Operation beseitigt und die Motilität gebessert; der Patellarreflex blieb erloschen. Ein halbes Jahr später konnte der Pat. noch gehen und arbeiten.

In einem 2. Falle war in Folge einer Fraktur in der Gegend des 10. Rückenwirbels heftige Cruralis - Neuralgie und Rückenschmerzen aufgetreten. Dehnung des Cruralis beseitigte die erstere, besserte die letzteren auf $1^1/_2$ Jahre. Neuerdings traten aber wieder Schmerzen im Cruralis auf. Die Angaben des Pat. waren jedoch nicht ganz zuverlässig.

Durch Sturz von einem entgleisenden Zuge hatte sich ein Bahnbeamter Parese und vollständige Anästhesie der Beine, sowie Aufhebung aller Reflexe an denselben zugezogen. Dabei bestand Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule spontan, besonders aber auf Druck vom 10. Brustwirbel bis zum Kreuzbein. Da der Zustand sich in $^1/_2$ Jahr nicht besserte, die Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule eher nach oben fortschritt, wurden in einer Sitzung beide Crurales und Ischiadici gedehnt. Der Effekt war erhebliche Besserung der Motilität und nach 14 Tagen völliges Wiedereintreten des Patellarsehnenreflexes. Diese Besserung sowie Hebung der Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule wurde auch noch 10 Wochen nach der Operation constatirt. Da bei RM.-Krankheiten eine Wiederkehr des Kniephänomens in Folge von Nervendehnung noch nie beobachtet worden ist, glaubt R. in einem Falle eine Mitbetheiligung des RM., d. h. eine Degeneration der Keilstränge, die nach

Westphal die Aufhebung des Patellarreflexes bedingt, ausschliessen zu müssen, und nimmt eine Unterbrechung der Leitung an, die dann durch die Dehnung wiederhergestellt worden sei. Verf. glaubt, dass das Trauma eine Blutung und weiterhin Bindegewebsentwicklung bewirkt habe, und dass durch Schrumpfung des Bindegewebes eine Kompression der Nerven in ihrem Verlaufe im RM. und an ihren Austrittsstellen zu Stande gekommen sein. Die Traktion habe dann die Nerven aus ihrer narbigen Umgebung gelöst. — Auch die Beseitigung der Crural-Neuralgie im 2. Falle lässt sich vielleicht durch Sprengung von Adhäsionen erklären.

Stintzing (München).

---

569. **Dr. H. Kümmell, Ueber Dehnung des Nervus opticus.** Aus dem Allgemeinen Krankenhause in Hamburg. (Deutsche Medic. Wochenschr. 1882. Nr. 1.)

Die bei verschiedenartigen peripheren und centralen Affectionen durch Nervendehnung erzielten Erfolge, die Verf. in der Einleitung beleuchtet, liessen hoffen, dass auch die Gehirnnerven einer ähnlichen mechanischen Behandlung mit Erfolg unterzogen, insbesondere dass „die häufigen, peripher beginnenden Erkrankungen des Opticus direkt in Angriff genommen und andrerseits die centralen Theile, der Tractus, das Chiasma und der Thalamus wirksam beeinflusst werden könnten“. Die ersten Versuche der Art wurden von Wecker ausgeführt, in einem Falle ohne Erfolg, während dieser Autor in seinen andern Fällen nichts über den Erfolg berichtet. Gleichzeitig hatte sich K. bereits durch Leichen- und Thierexperimente von der Ausführbarkeit und Unschädlichkeit der Opticusdehnung überzeugt. Die Operationsmethode von Wecker und von K. unterscheidet sich im Wesentlichen dadurch, dass ersterer ein stumpfes spatelförmiges Instrument durch einen Schlitz der Conjunctiva am inneren Hornhautrande an die Insertionsstelle des Opticus heranführt, nachdem der Rectus intern. durchschnitten und zur nachherigen Wiedervereinigung mit einer Naht versehen ist, während Verf. im unteren äusseren Abschnitt die Conjunctiva spaltete und mit einem kräftigen Schielhaken zwischen Rectus inf. und extern. vordringt. Beobachtungen an der Leiche zeigten, dass die Traktionen über das Chiasma hinaus bis zum Eintritt der tractus optici in die Gehirnmasse wirken. Bei 7 ausgeführten Dehnungen zeigten sich ausser vorübergehenden conjunctivalen Reizerscheinungen keine nachtheiligen Folgen. Der eine von 3 angeführten Fällen betrifft einen Pat., der wegen Sehnervenatrophie lange Zeit mit Jodkalium und Strychnin vergebens behandelt worden war, und bei dem trotz $2^1/_2$ jähriger Dauer des Leidens die 2 malige Opticusdehnung eine Besserung des Sehvermögens zur Folge hatte. In den 2 anderen Fällen war der Erfolg gleich Null.

Unter antiseptischen Kautelen hält K. die Opticusdehnung für einen „Eingriff, der ohne zu starke Reizung der Conjunctiven und des orbitalen Bindegewebes unternommen werden kann". Die Wirkung der Dehnung besteht in einer stärkeren Füllung der Venen, vielleicht auch der Arterien. Indicirt ist die Operation „in allen langsam progressiv verlaufenden Formen der atrophischen Degeneration des N. opticus, bei Abwesenheit aller entzündlichen Erscheinungen", wenn nicht der Mangel jeglicher qualitativer Lichtempfindung die Existenz noch funktionsfähiger Sehnervenfasern ausschliesst. In weniger weit entwickelten Fällen hält Verf. eine temporäre oder dauernde Heilung durch den „in seinen Folgen absolut ungefährlichen Eingriff" für möglich, bei weiter vorgeschrittener atrophischer Degeneration aber, wo jede andere Behandlungsweise versagt, wenigstens eine Besserung.

Stintzing (München).

570. **Debove, Des altérations du tissu osseux chez les hémiplégiques.** Ueber die Veränderungen des Knochengewebes bei den Hemiplegikern. (L'Union méd. Nr. 117.)

D. macht auf die Häufigkeit der Knochenbrüche bei Hemiplegikern aufmerksam; dieselben betreffen vorzugsweise die gelähmte Seite. Er beobachtete 3 derartige Fälle und ergab die Untersuchung des betreffenden Knochens bei der Autopsie: grössere Weite der Markhöhle, geringeres Gewicht des Knochens trotz grösserem Umfang, Verminderung der compacten, Zunahme der spongiösen Substanz. Unter dem Mikroskop zeigten sich die Haversischen Kanäle erweitert und zwar um so bedeutender, je weiter man sich vom Periost entfernte. Die chemische Untersuchung ergab als wesentliches Resultat eine Vermehrung des Fetts in den Knochen der gelähmten Seite, nach Verf. die Folge von Fettanhäufung in den erweiterten Haversischen Kanälchen. Die beschriebenen Veränderungen betrafen sämmtliche Knochen der gelähmten Seite, nicht die speciell fracturirten allein. Bezüglich der Heilung solcher Knochenbrüche hat D. keine eigenen Beobachtungen zu verzeichnen; er stellt aus der Literatur einige Fälle zusammen, aus denen hervorgehe, dass die Bildung des Callus in solchen Fällen ungestört vor sich geht, und eher beschleunigt als verlangsamt ist.

Brockhaus (Godesberg).

571. **Hofmokl, Bericht der chirurgischen Abtheilung des Leopoldstädter Kinderspitals in Wien von Anfang 1877 bis Ende 1880.** (Arch. f. Kinderheilk. 3. Bd. 3. und 4. Heft.)

Aus diesem Bericht mögen hier nur die Abschnitte über die Tracheotomieen bei Diphtheritis, die Erysipele und die Spinae bifidae eine Stelle finden. — Was zunächst die ersteren betrifft, so theilt Vf. 70 Tracheotomieen mit, darunter 54 Todesfälle und 16 Heilungen. Das jüngste Kind, welches genesen ist, war $2^3/_4$ Jahr alt, ausser diesem bis zum 4. Jahre 5 Heilungen. Unmittelbar nach der Operation starben 4 Kinder, an demselben Tage 3; die meisten starben am 2. und 3. Tage; aber selbst am 10., 11. und 17. Tage nach der Operation trat noch der Tod ein. Die Todesursache war in 46 Fällen Bronchitis diphtheritica, in den übrigen Herzparalyse, Lungenoedem oder Sepsis. Bei den genesenen Fällen wurde 4 mal schon am 5. Tage, 5 mal am 6. und 3 mal am 7. Tage die Canüle entfernt; in 2 Fällen, in welchen am 6. Tage dieselbe entfernt worden war, traten von Neuem Dyspnoe mit Stenosenerscheinungen ein; die Canüle musste am 7. resp. 10. Tage wieder eingeführt werden, um dann am 9. resp. 15. Tage definitiv entfernt zu werden. Zumeist hatte man es mit sehr schweren Fällen zu thun, in den meisten Fällen wurden die Kranken in ultimis in die Anstalt überbracht. Die Behandlung der Diphtherie bestand hauptsächlich in der Desinfection der ergriffenen Partieen. Dies geschah theils durch Gurgeln, theils durch Ausspritzen der Nase und des Rachens mit Kali chlor. (1 : 100), Aq. Calc. (rein oder āā mit Wasser), Ac. carbol. (1 : 100), Alkohol (1 Kaffeelöffel Rhum auf $^1/_2$ Glas Wasser), Acid. benzoic. 3 %, Natr. benz. 2 %, Acid. salicyl. (1 : 300), — ferner in directer Berührung mit Acid. carbol. 5 % oder verdünntem Liq. ferr. sesq. mittelst Wattetampons. Bei weiterem Fortschreiten des Processes auf den Larynx werden ausser kühlen Wasserumschlägen um den Hals Inhalationen von warmen Wasserdämpfen oder von 1—$1^1/_2$ % Carbolwasser, Aq. Calc. āā, Natr. benz. 2 % oder Terpentin empfohlen. Bei hohem Fieber nasse Einwicklungen, Chinin, Natr. benz. und salicyl. Die Tracheotomie ist auszuführen so wie die Dyspnoe stetig wird und zunimmt, Cyanose beginnt und der Husten trocken bleibt. Verf. führt fast ausschliesslich die tiefe Tracheotomie aus, einmal war er wegen grosser Ausdehnung der Venen und Struma trotz begonnener tiefer Tr. die hohe auszuführen gezwungen. Die Wunde wird nicht genäht, meist mit 5 % Carbolwasser, bei stärkerem Zerfall mit bis 10 % Carbolwasser oder Liq. ferri sesq., bei Jauchung mit Jodoformpulver behandelt. Die Canüle wird nicht täglich, sondern 1 mal, höchstens 2 mal bis zur definitiven Herausnahme gewechselt. Expectorantien wurden wenig angewandt, Emetica leisteten bei plötzlicher Verstopfung eines Bronchus oder drohendem Stickanfall vor der Tracheotomie oft gute Dienste, Tart. stibiat. wurde nicht angewandt.

Die Behandlung der Erysipele bestand in Anwendung der Kälte durch Eisbeutel oder kalte Compressen entweder direkt oder auf die vorher eingeölten erkrankten Hautpartien. Ausserdem Umschläge von Aq. Plumb., 2 % Carbolwasser, Waschungen mit 3 bis 5 % Carbol-

wasser, Einfettungen mit 3% Carbolöl und darüber ein trockner Druckverband. Innerlich Chinin, Natr. salicyl.

Von 3 Fällen von Spina bifida war bei 2 Perforation nach aussen eingetreten; im ersten Falle, wo die Haut um die Durchbruchsöffnung gangränös war, wurde dieselbe abgetragen, die Höhle mit 4% Chlorzink ausgespült und die frischen Wundränder mit Catgut genäht; im zweiten Falle wurde auf die kleine Oeffnung von aussen 3% Borcerat und ein Druckverband angelegt. Aus dem dritten geschlossenen Sacke wurden mit einem Pravaz ca. 120 gr klarer Flüssigkeit entleert und 10 gtt. reiner Jodtinctur eingespritzt; darauf ein Druckverband. Bei allen 3 Fällen floss beständig Cerebrospinalflüssigkeit aus, bei allen 3 erfolgte der Tod unter Convulsionen.

Kohts (Strassburg).

---

572. **Eger** jun. (Breslau), **Beitrag zum Aneurysma aortae abdominalis.** (Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1881. Nr. 23.)

Verf. beschreibt einen genau beobachteten Fall von Aneurysma der Aorta abdominalis bei einer dem Arbeiterstande angehörenden Frau von 76 Jahren. Das früheste Symptom war ein hartnäckiger Schmerz, dem erst später die subjectiv und objectiv wahrnehmbare Pulsation folgte. Keine Pulsunterschiede. Tod durch Ruptur des Aneurysma. Anatomische Diagnose post mortem: Endarteriitis chron. deform. aortae totius. Aneurysma sacciforme aortae abdominalis. Ruptura aneurysmatis et infiltratio haemorrhagica telae cellulosae retroperitonealis, pararenalis et musc. psoae. — Es fehlte die Art. coeliaca, deren drei Aeste direkt aus der Aorta entsprangen; die linke Art. renalis ging höher ab als die rechte. Das Aneurysma hatte einen relativ tiefen Sitz. Dicht unter dem Abgange der Nierenarterien verengte sich die Aorta plötzlich auf Kleinfingerdicke, um sich kaum 1 cm weiter abwärts bis zur Bifurcation spindelförmig zu erweitern. Die Wandung des Sackes bestand aus den stark degenerirten Gefässwänden. Aus dem Sacke entsprang die Art. mesent. inf. Beachtenswerth erscheint dem Verf. die phthisische Affection der Lungen, die sich während der Beobachtung aus kleinen Anfängen zu grossen Zerstörungen entwickelte.

Therapeutisch empfiehlt der Verf. lange fortgesetzte, absolute Bettruhe.

Wolffberg.

573. **Dr. Th. Rumpf** (Düsseldorf), **Der faradische Pinsel bei Hyperämieen der Centralorgane und ihrer Häute.** (Deutsche Medic. Wochenschr. 1881, Nr. 36 und 37.)

Der von ihm selbst bei einer aus Hyperämie der Pupille entstandenen Neuritis optica durch farad. Pinselung erzielte Erfolg, sowie die Beobachtung (Nothnagel), dass sich bei Pinselung der Haut Circulationsveränderungen der Pia hervorrufen lassen, bewogen den Verf., dieses Mittel auch bei dem von Beard als Neurasthenia (cerebralis und spinalis) bezeichneten Symptomencomplex in Anwendung zu ziehen. Zu diesem gehören auch die activen und passiven Hyperämieen der Centralorgane und ihrer Hüllen, die nach Beard nur eine Folge der Erschöpfung des Nervensystems sind, nach R.'s Meinung aber auch ohne nachweisbare Primäraffektion des Nervensystems vorkommen. (Congestions- und Stauungshyperämieen in Folge von Herz-, Lungen- und Larynxkrankheiten, geistigen Anstrengungen etc.). Eine Reihe solcher Fälle, vom Gesichtspunkte der einzuschlagenden Therapie zusammengestellt, beleuchtet zugleich das Verhältniss der centralen Circulationsstörungen zu der Neurasthenia.

Die beiden ersten Fälle betreffen kräftige Männer, bei denen von einer primären Erkrankung des Nervensystems, von neuropathischer Disposition nicht die Rede sein konnte. Das Leiden begann mit Congestionen zum Kopf, woran sich Kopfschmerzen und Schwindel und die anderen Symptome der Neurasthenia cerebral. anschlossen, Kopfdruck, Schlaflosigkeit, Vergesslichkeit, Unfähigkeit zur Arbeit. Der Ausgangspunkt mussten Circulationsstörungen des Gehirns und seiner Hüllen sein. Durch Anwendung des faradischen Pinsels (Reizung der Hautnerven und reflektorische Beeinflussung der Gehirn-Gefässe) wurden die Erscheinungen sehr rasch beseitigt.

Hier handelte es sich um eine rein cerebrale Form der Erkrankung. Aber auch Affectionen der Medulla spinalis, bei denen Symptome und Beschwerden wesentlich andere sein müssen, kamen nach der erwähnten Methode zur Behandlung. Ein 29 jähr. Kaufmann bekam in Folge einer Erkältung Schmerzen im Kreuz und Empfindlichkeit der Wirbelsäule, reissende Schmerzen in den Unterextremitäten und in der Seite, weiterhin Müdigkeit der Beine, Taub- und Pelzigsein der Füsse, Schlaflosigkeit. Die Sehnen- und Hautreflexe waren sehr stark. Der andere Fall betrifft ein 15 jähr. Mädchen, welches an ziehenden Schmerzen in den Oberextremitäten, Schultern und im Rücken, Parästhesieen und motorischer Schwäche der Hände, unruhigem Schlaf und Herzklopfen litt. In beiden Fällen musste man eine auf das RM. beschränkte, nicht organische Affektion, eine vielleicht aktive Hyperämie des Rückenmarks oder seiner Häute annehmen. Der erste Fall wurde durch die farad. Pinselung in 22, der zweite in 13 Sitzungen geheilt, nachdem eine vorherige galvan. Behandlung erfolglos geblieben war.

Dann folgen 2 ebenfalls durch farad. Pinselung geheilte Fälle, deren Anfangssymptome: Eingenommenheit und Schwere des Kopfes, Schwindel, Verwirrtheit, nicht auf eine Schwäche des Nervensystems, sondern auf Blutandrang zum Kopf etc. hinwiesen. Daran schlossen

sich Parästhesien, Schmerzen, motorische Schwäche, Unfähigkeit zu geistigen Arbeiten, Schlaflosigkeit. In beiden Fällen lagen als ätiologische Momente Arbeit und Ueberanstrengung, in einem überdies als Hauptreizmoment das Genitalsystem und psychische Verstimmung zu Grunde. Die Symptome beruhen hier auf allgemeiner Neurasthenie, d. h. gleichzeitigen funktionellen Störungen des Gehirns und Rückenmarkes, als deren veranlassendes Moment hyperämische Zustände der Centralorgane anzusehen sind. Dieselbe Veranlassung gilt aber auch für die obigen, theils auf das Gehirn, theils auf das RM. und ihre Hüllen allein hinweisenden Symptomengruppen. Denn nichts deutete in diesen Fällen auf eine besondere Schwäche des Nervensystems hin.

In allen Fällen fanden sich sehr starke Sehnenreflexe (auch an den Armen) und Hautreflexe, jedoch kein Fussklonus. Auch Erb fand bei Hyperämieen des RM. und seiner Häute, sowie Beard bei allen Neurasthenieen erhöhte Reflexerregbarkeit. Nach R. sind dagegen bei derjenigen Neurasthenie, die er im Gegensatz zu den beschriebenen Fällen als „primäre" bezeichnet, die Sehnenreflexe hie und da recht schwach.

Die erwähnten therapeutischen Erfolge sind zu erklären durch eine Beeinflussung der Centralorgane auf indirektem Wege. Es handelt sich hier um eine Reflexwirkung von der durch starke Reizung hyperämisch gemachten Haut aus. Daher ist der farad. Pinsel besonders „bei jenen Zuständen in Anwendung zu ziehen, bei welchen an Congestionszustände zu den Centralorganen sich neurasthenische Beschwerden hinzugesellen". Doch auch bei anderen Erkrankungen, wie bei der Eingangs erwähnten, sowie bei Hemiplegieen waren die Resultate befriedigend.

So hat R. an Heilung grenzende Besserung erzielt bei einer Affektion, die mit grösster Wahrscheinlichkeit an die Oberfläche der l. Hemisphäre zu verlegen war. Die Symptome bestanden in Parese der gesammten r. Körperhälfte, Schmerzen und Parästhesieen in Kopf, Rücken und Arm, Analgesie der ganzen Körperoberfläche. Durch Anwendung des Pinsels schwanden zunächst die Schmerzen und die Parästhesieen, weiterhin besserte sich auch die rechtsseitige Parese. Von der letzteren war nach $1^1/_2$ Jahren nur noch leichte Facialisstörung vorhanden; ab und zu noch nach Erkältungen auftretende Schmerzen und Druckgefühle im Rücken schwinden nach einmaliger Pinselung. Die letztere wurde in ausgedehnter Weise an Rücken und Extremitäten vorgenommen. — Bei den gewöhnlichen Hemiplegieen mit geringer einseitiger Sensibilitätsstörung begnügt sich Vf. mit der Vulpian'schen Pinselung einer 5—6 □ cm grossen Partie der Vorderarmdorsalfläche der hemiplegischen Seite, bei einer durchschnittlichen Sitzungsdauer von 5 Min. Bei den Congestionszuständen pinselt er 4—6 Min. grössere Hautgebiete.

Stintzing (München).

574. **P. Bert, Sur la zone maniable des agents anesthésiques, et sur un nouveau procédé de chloroformisation.** Dosirung der Anästhetica und ein neues Verfahren des Chloroformirens. (Comptes rendus T. XCIII. Nr. 20.)

Verf. bezeichnet als „Zone maniable“ das Intervall zwischen der anästhesirenden und der tödtlichen Dosis eines Anästheticums. Diese Dosis wird nicht als absolute Menge angegeben, sondern ist ausgedrückt in dem relativen Gehalte der eingeathmeten Luft an dem betäubenden Mittel. Bei verschiedenen Thieren (Hunden, Mäusen, Sperlingen) und bei Anwendung verschiedener Anästhetica (Chloroform, Aether, Amylen, Aethylbromür, Methylchlorür) ergab sich, dass die tödtliche Dosis stets genau das Doppelte der betäubenden Dosis betrug. So brauchte ein Hund ein Gemenge von 9 gr Chloroform oder von 37 gr Aether in 100 Liter Luft, eine Maus ein Gemenge von 6 gr Chloroform oder von 12 gr Aether in 100 Liter Luft, um betäubt zu werden; zur Tödtung des Thieres musste die relative Menge des Narcoticums verdoppelt werden. Die Capacität des Raumes, in welchem das Thier athmete, war so gross, dass keine asphyktischen Symptome auftraten.

Das genannte Verfahren des Anästhesirens sei viel sicherer als das gewöhnliche mit Tüchern oder Schwämmen vorgenommene, bei welchem man nicht wisse, wie viel von dem Mittel eingeathmet werde. Es komme nicht auf die absolute Menge desselben, die in den Organismus eingeführt wird, sondern nur auf das Verhältniss der Menge des Anätheticums zu der der eingeathmeten Luft an; wenn einmal die Zone maniable für eine Thierart und ein bestimmtes Anästheticum festgestellt sei, so sei kein Todesfall mehr möglich.

Zweckmässig wäre es, nach diesem Princip auch die Anästhesirung des Menschen vorzunehmen.

Lüderitz (Jena).

---

575. **Th. Knauthe** (Meran), **Meran.** Separatabdruck aus der Realencyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. Eulenburg. (Verlag von Urban und Schwarzenberg in Wien.)

Es wird dem Leser ein Bild des Curortes Meran (Ober-, Untermais und Gratsch eingerechnet) gegeben, seine Topographie und Climatologie, seine Hilfsmittel zur Cur geschildert und Indicationen für den Aufenthalt in Meran gegeben. Chronische Katarrhe der Respirationsorgane, Bronchiectasieen mit reichlicher Secretion, Nachkrankheiten von Pleuritiden, Emphysem, bronchitisches und nervöses Asthma, chronische Lungenschwindsucht, phthisischer Habitus, constitutionelle Schwäche, Rhachitis und Scrophulose, chronische Nieren-

entzündung, Hysterie, Krankheiten des Herzens und der Unterleibsorgane werden genannt. Kurze Notizen über Unterkunft und Lebensweise der Fremden schliessen die gemachten Mittheilungen.

von Mosengeil.

---

576. **Scherff,** Apotheker in Berlin, **Ueber Milchconservirung.** (Arch. f. Kinderheilk. III. B. Heft 3 und 4.)

Um die Milch bis zum Zeitpunkte der Verabreichung an die Kinder vor dem Verderben zu schützen, erhitzt Verf. dieselbe zunächst bei einem Druck von 4—5 Atmosphären, wodurch alle schon vorhandenen Gährungserreger getödtet werden. Die Aufnahme neuer, in der Luft befindlicher Gährungserreger verhütet er dann „durch zweckmässige Füllung der Milch unter Kohlensäure und einen Korkverschluss, welcher absolut undurchlässig ist, während den Raum zwischen Milch und Kork eine Kohlensäureschicht ausfüllt". So conservirte Milch enthält absolut keine Bacterien, ist volle 15 Monate haltbar, verdirbt selbst nach dem Oeffnen der Flasche nicht so schnell wie gewöhnliche Milch und wird, wie durch künstliche Verdauungsversuche nachgewiesen wurde, „sogar in ihren physikalischen Eigenschaften dahin zum Vortheil verändert, dass das Casein in der Art seiner Gerinnung dem Casein der Frauenmilch sich annähert, d. h. nur in feinen Flocken gerinnt." Winkel in Dresden theilt mit, dass Kinder, welche mit der Scherff'schen Milch ernährt wurden, seltener als andere an Soor erkrankten. Die Milch ist vom 1. December v. J. in den Handel gebracht worden, kostet 0,40 M. per Liter, für Arme nur 0,30 M.

Am Schlusse theilt Baginski mit, dass die Haltbarkeit der Milch nichts zu wünschen übrig lässt, dass sie in der Glühhitze nicht gerinnt und von den Kindern gern genommen wird.

Kohts (Strassburg).

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 1. Februar. Nro. 43.

577. **Dr. Emil Schütz, Mittheilungen aus der II. int. Abtheilung des Hrn. Reg.-R. Prof. Halla.** (Prager Med. Wochenschr. 1881. Nr. 31.)

I. Aphasie als Initialsymptom von Meningitis tuberculosa.

Ein Pat., der seit 3 Jahren mit einer ohne alle Veranlassung entstandenen Anschwellung des r. Ellbogengelenks behaftet war, bekam plötzlich eine Sprachstörung ohne sonstige Lähmungserscheinungen. Lungenbefund normal, Temp. 38—38,4 °. Wörter können verstanden und niedergeschrieben, vielfach aber, selbst nach Vorsprechen, nicht ausgesprochen werden. Die Aphasie nimmt zu. Weiterhin treten folgende Symptome auf. Kopfschmerz, Parese des r. Facialis, Apathie abwechselnd mit grosser Unruhe und Gewaltthätigkeit, am 12. Tage Steifigkeit und Schmerzhaftigkeit des Nackens, ferner Dextroversio des r. Bulbus und Erweiterung der r. Pupille, Hyperästhesie im Gesicht, zerstreute Rasselgeräusche in beiden Lungen, leichte Cyanose des Gesichtes, Inkontinenz; endlich erfolgt unter vollständiger Bewusstlosigkeit,

stertorösem Athmen, Herzschwäche, Retentio urinae der exitus letalis. Die Temperatur war nur Abends erhöht, bis 38,6°.

Die erste Vermuthung, dass es sich um eine Embolie eines beschränkten Gebietes der Art. foss. Sylvii handele, wurde bald fallen gelassen, da eine Klappenerkrankung nicht nachzuweisen war und die Sprachstörung immer deutlicher zunahm. Dagegen machte das Vorhandensein einer chronischen, jedenfalls tuberkulösen Knochenerkrankung eine Tuberkelablagerung im Gehirn und zwar in der Gegend der Sprachcentren (3. l. Stirnwindung, Insula Reili), sowie die übrigen Erscheinungen eine tuberkulöse Meningitis wahrscheinlich. — Die Gehirnsubstanz selbst erwies sich bei der Sektion frei; dagegen fand sich reichliche Tuberkeleruption und Exsudat an der dem linksseitigen Operculum anliegenden Pia, sowie in der l. fossa Sylvii, um Vieles beträchtlicher als auf der r. Seite. Die Aphasie, die ungewöhnlicher Weise vor allen anderen Symptomen aufgetreten war, musste also zusammenhängen „mit dem primären Auftreten der Tuberkelgranulation in den oben erwähnten Partieen der Pia der l. Hemisphäre, dem Druck des hier so mächtig sich darbietenden Exsudates, sowie mit den, solche Affektionen zweifellos begleitenden histologischen Veränderungen der anliegenden Gehirnsubstanz". Ausserdem ergab die Sektion: Caries olecran. et ulnae dextri. Tubercul. mil. pulmon., renum et oment. mai. Pneumonia lobular. dextr.

Auch bei den spärlichen in der Literatur angeführten Fällen von Aphasie bei tuberkulöser Meningitis war die l. fossa Sylv. und ihre Umgebung entweder ausschliesslich oder stärker betheiligt als der rechte.

Als Ausgangspunkt der miliaren Metastasen der Pia war zweifellos der cariöse Process des r. Ellbogens anzusehen, da die Lungen und alle übrigen Organe frei von tuberkulösen Herden waren. Vf. betont daher, wie wichtig es sei, in Fällen ohne nachweisbare Lungenerkrankung die Entfernung derartiger dem chirurgischen Eingriffe zugänglicher primärer Herde so früh als möglich vorzunehmen, um der tuberkulösen Allgemeininfektion vorzubeugen.

II. Abdominaltyphus mit nachfolgender Miliartuberkulose.

Auf einen in ca. 4 Wochen abgelaufenen zweifellosen Abdominaltyphus folgten nach einigen fieberfreien Tagen in einer 2. Krankheitsperiode viel stürmischere Erscheinungen und unregelmässige Temperaturschwankungen, welche die Annahme eines Typhus-Recidivs nicht zuliessen, vielmehr für acute Miliartuberkulose sprachen.

Die Erscheinungen waren: Kopfschmerz, grosse Unruhe, reichliche Rasselgeräusche auf den Lungen, Cyanose des Gesichts, weiterhin heftige Delirien, zunehmende Benommenheit, Inkontinenz, Strabismus divergens. Nach 9 Tagen exitus letalis. Gegen Typhusrecidiv sprach ferner das Fehlen der Milzschwellung, die in der 1. Periode vorhanden gewesen.

Dagegen waren die Cyanose und vermehrte Athemfrequenz bei nicht nachweisbarem Entzündungsherd auf den Lungen geeignet, die Diagnose: Miliartuberkulose zu unterstützen. Diese klinische Diagnose wurde durch die Autopsie bestätigt, deren Ergebniss also lautet: Tuberc. obsoleta apic. pulm. dextri. Tuber. miliaris pulmonum, hepatis, renum,

pleurae, peritonaei ac piae matris. Ulcera typhosa sanata ilei. Endocarditis mitral. recens. — Das graulich durchscheinende Aussehen der Tuberkel bewies, dass es sich um eine frische Eruption handelte, die mit den 10 Tage vor dem Tode aufgetretenen neuerlichen Erscheinungen in Einklang zu bringen war.

Stintzing (München).

---

578. **Theod. Petrina, Ueber Sensibilitätsstörungen bei Hirnrindenläsionen.** Ein klinischer Beitrag etc. (Zeitschrift für Heilkunde II. Bd. 5. Heft.).

Der Angabe Tripier's, dass die sog. psychomotorischen Centra der Grosshirnrinde auch zugleich der Sensibilitäts-Leitung dienen, sich anschliessend, theilt Verf. zum Beleg eine Reihe von Krankengeschichten mit.

1. Ein an Aorteninsufficienz leidender 30 jähriger Tischler bekommt unter Bewusstlosigkeit und Convulsionen der rechten Gesichtshälfte und der r. Oberextremität eine Lähmung des Mittelastes der r. Facialis, Aphasie und Worttaubheit. Gleichzeitig lässt sich eine bedeutende Anästhesie des r. Arms, der r. Gesichtshälfte und der Nackengegend rechts für Schmerz, Temperaturen und faradischen Nervenreiz constatiren. Tod $4^1/_2$ Wochen später. Die Section ergiebt im Gehirn: ein oberflächliches, dünnes älteres Blutextravasat, $2^1/_2$ cm im Umfange, in Folge der Berstung eines kleinen Aneurysmas eines Seitenästchens der Art. front. ext., die Windungen der Insula Reilii, den untersten Theil der vorderen Centralwindung und den vordersten und obersten Theil des Gyrus temp. sup. bedeckend. Die oberste Rindenschichte an dieser Stelle gallertig erweicht, die tieferen Schichten sowie die Markmasse intact.

2. Ein 67 jähriger, seit 10 Wochen an Kopfschmerz leidender Maurer bekommt unter Bewusstseinsverlust eine Lähmung der linken Körperhälfte. 8 Wochen später ergiebt die Untersuchung: Paralyse der linken unteren Facialisäste, Parese der linken Extremitäten; Herabsetzung der Sensibilität (für Stiche, Berührungen, Temperaturen) auf der ganzen linken Körperhälfte, namentlich im Gesicht und am Arm. Geruch und Geschmack nicht alterirt. Tod in Folge Thrombose des Sinus transversus und der Carotis dextra, etwa 10 Wochen nach dem Insult. Bei der Autopsie findet sich ein kleiner keilförmiger nekrotischer Herd im unteren Drittel des Sulcus Rolando. Die beiden rechtsseitigen Centralwindungen in der nächsten Umgebung des erbsengrossen Herdes oberflächlich erweicht. Die weisse Markmasse intact.

3. Eine 20 jährige Magd mit Mitralinsufficienz bekommt einen apoplectischen Insult, nach welchem sie der Sprache verlustig ist. 6 Wochen später findet sich: Mittelast des r. Facialis gelähmt; fast

völlige motorische Aphasie sowie Alogie; ziemlich starke Anästhesie (für Nadelstiche, Temperaturen, faradischen und galvanischen Strom) an der r. Gesichts- und der r. oberen Rumpfhälfte. Tod in Folge des Klappenfehlers 3 Wochen später. Section: oberflächliche, nur die Rinde betreffende, Erweichung der Pars opercularis der 3. l. Frontalwindung in Folge einer Embolie eines kleinen Seitenästchens der Art. front. ext.

4. Bei einem 50 jährigen Weber ergiebt die Untersuchung 2 Monate nach einem apoplectischen Insult: rechtsseitige Hemiplegie, besonders des Gesichts und des Arms; rechtsseitige starke Hemianästhesie (Nadelstiche, Temperaturen, electrische Reizung); Aphasie und Worttaubheit. Etwa 1 Jahr später folgender Befund: die Hemiplegie etwas zurückgegangen; rechter Arm abgemagert, in seinen Bewegungen atactisch; Aphasie bedeutend gebessert, dagegen nicht die Worttaubheit; ziemlich starke Hemianästhesie. Tod an croupöser Pneumonie. Bei der Section finden sich mehrere kleine circumscripte Erweichungsherde in der Rinde des unteren Drittels der linken vorderen Centralwindung, der 3 ersten Inselwindungen und der vorderen oberen Partie des Gyrus temp. sup., in der Tiefe der Inselerweichung ein kleines geplatztes Aneurysma; nur die Rindensubstanz ist malacisch und auch diese zumeist nur in ihrer obersten Schicht.

5. Ein an chronischer Lungenphthise leidender 57 jähriger Schneider bekommt allmählich linkseitige Hemiparese unter Schmerzen in den gelähmten Theilen. Letztere sind auch bei passiven Bewegungen sehr schmerzhaft, die Haut gegen Berührungen hyperästhetisch. Allmählich, unter zunehmender Aphasie, bildet sich linksseitige Paralyse aus mit gleichzeitiger Hemianästhesia sin.; nur der linke Unterschenkel bleibt hyperästhetisch. Tod an hypostatischer Pneumonie. Die Section ergiebt einen erbsengrossen Tuberkel in der Rinde des rechten oberen Parietalläppchens, die umgebende Rindensubstanz erweicht und von kleinen Hämorrhagien durchsetzt, die weisse Markmasse intact.

6. Bei einem 53 jährigen Tagelöhner tritt plötzlich motorische Aphasie auf — mit tonischem Krampf in der r. oberen Extremität (namentlich in den Beugern der Finger) und im r. Mundfacialis. Tags darauf besteht: rechtsseitige Facialislähmung und Parese des r. Arms, Anästhesie der r. Rumpfhälfte gegen Stich- und Temperaturdifferenzen ohne Betheiligung der Sinnesnerven, hochgradige Hyperästhesie der r. oberen Extremität gegen Druck, Berührung und passive Bewegungen. Tod nach 3 Wochen. Die Section ergiebt: Primäre Hodentuberculose. Hanfkorngrosser käsiger Tuberkelknoten in der Rinde der Broca'schen Windung und kleine dichtgedrängte Hämorrhagien in der Rinde der letzteren in der unmittelbaren Nachbarschaft des Tuberkels.

In der Epikrise zu diesen Fällen hebt Verf. als besonders bemerkenswerth die Sensibilitätsstörungen hervor, die neben den bisweilen nur sehr geringen Störungen der Motilität bei den genannten Läsionen — welche sämmtlich in der sogenannten psychomotorischen Zone um den Sulcus Rolando herum ihren Sitz hatten — vorhanden waren. Zum Unterschiede von den Sensibilitätsstörungen, welche durch

Läsionen des hinteren Theils der innern Kapsel bedingt sind, seien bei dieser „corticalen“ Anästhesie die Sinnesnerven nicht alterirt.

Als Beweis, dass die Sensibilitätsleitung nur auf gewisse bestimmte Windungen der Grosshirnrinde beschränkt sei, theilt Verf. ferner die Krankengeschichte eines Falles (7) mit, in welchem ein siebenjähriger Knabe mit perforirender Tuberculose des r. Stirnbeins, mit Abstossung der Dura und Blosslegung der 2. und theilweise der 3. Stirnwindung sowie mit oberflächlicher Maceration der grauen Rinde dieser Windungen intra vitam durchaus keine motorische oder sensible Störung dargeboten hatte.

Dagegen ist die Rinde des Parietallappens — wie Fall Nr. 5 sowie mehrere Fälle anderer Autoren beweisen — in ihrem der hinteren Centralwindung anliegenden Theile für die Sensibilitätsleitung wichtig, so dass eine Läsion dieser Gegend „corticale“ Anästhesien nach sich zieht. Die Rinde der Occipitalwindung erscheint von der Sensibilitätsleitung ausgeschlossen. Verf. theilt als Beleg für den letzteren Satz einen einschlägigen Fall mit:

8. Ein 53 jähr. Briefträger bekommt nach einem Sturz auf den Hinterkopf heftigen Kopfschmerz, Schwindel und Sehstörungen: Amblyopie besonders links, Alexie, keine Farbenblindheit. Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen fehlen. Die Section (1/2 Jahr nach dem Sturz) ergiebt: Schädelfissur in der Lambdanaht; Pachymeningitis hämorrh. chron.; die 2. und 3. Hinterhauptswindung bis zum Sulc. temp. sup. nach vorn und der fissura calcarina nach unten und bis zum äusseren Rande der 3. Occipitalwindung oberflächlich erweicht, die Marksubstanz intact.

In Bezug auf die Oberfläche des Temporo-Sphenoidallappens in ihrem Verhalten zur Sensibilität fehlt bisher eine brauchbare Casuistik.

Es bringen also — nach unseren gegenwärtigen Kenntnissen — nur Läsionen derjenigen Partie der Rinde, die bis jetzt als motorisches Rindencentrum galt, sowie der angrenzenden Windungen des Stirn-, Schläfen- und Scheitellappens stets mehr oder weniger ausgebreitete contralaterale Störungen der Hautsensibilität zur Beobachtung. In diese Rindenregion seien daher nicht bloss bestimmte motorische Reizungs- oder Lähmungssymptome, sondern auch die gleichzeitig beobachteten Läsionen der verschiedenen Qualitäten der Hautsensibiltät zu localisiren. Wo in diesem Bezirk mehr die motorische, wo die sensible Leitung, oder — nach Munk's Ansicht — wo die Zone für die Bewegungsvorstellung und wo diejenige für die Gefühlsqualitäten vorherrscht, sei noch festzustellen. Bis jetzt boten die Regionen der Broca'schen Windung, des unteren Drittels der vorderen Centralwindung und das obere Parietalläppchen die stärksten corticalen Anästhesien dar.

Lüderitz (Jena).

579. **Schulz** (Braunschweig) und **Schultze** (Heidelberg), **Zur Lehre von der acuten aufsteigenden Paralyse.** (Archiv f. Psychiatrie Bd. XII. H. 2.)

Der vorliegende Fall bot klinisch den Symptomencomplex der Landry'schen Paralyse dar, und war, abweichend vom typischen Bilde, im späteren Verlaufe die faradische Erregbarkeit aufgetreten und Entartungsreaction vorhanden. Die Autopsie ergab eine frische Myelitis vorzugsweise der motorischen Bahnen und der vorderen grauen Substanz innerhalb des ganzen Rückenmarks und des unteren Theils der Medulla oblongata. Mit Rücksicht auf diesen Befund und den von Schultze in Virchow's Archiv Bd. 68 veröffentlichten Fall, der klinisch eine Duchenne'sche Paralyse darstellte, ergibt sich, dass Combinationen von Seitenstrangmyelitis und Poliomyelitis vorkommen können. Man kann der Vermuthung Raum geben, dass die reine Landry'sche Paralyse, bei welcher normale elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln vorhanden ist, als Ausdruck leichter entzündlicher Affectionen namentlich der Seitenstränge und des Bulbus medulla aufzufassen ist. — In einem weiteren Falle von acuter aufsteigender Paralyse, über den ausführliche Mittheilung erfolgen soll, fand Schultze neben einer mässigen intensiven Meningitis eine deutliche acute Myelitis mit Quellung der Axencylinder etc. besonders in den Seitensträngen des Hals- und Dorsaltheils.

Eickholt (Grafenberg).

---

580. **Prof. Dr. Franz Riegel, Zur Lehre von den Motilitätsneurosen des Kehlkopfes.** Aus der medicinischen Klinik in Giessen. (Berliner klinische Wochenschrift. 1881. Nr. 50.)

Nach einer kurzen Uebersicht über die bisher beschriebenen Motilitätsneurosen des Kehlkopfs (phonische und respiratorische Paralysen — Aphonia spastica und eigentlicher Spasmus glottidis, coordinatorischer Stimmritzenkrampf) (Nothnagel), Spasmus der Glottiserweiterer (Fräntzel), chorea laryngis, perverse Action der Stimmbänder (B. Fränkel, Semon), beschreibt Riegel einen Fall, der sich unter den bisher bekannten Formen der Motilitätsneurosen des Kehlkopfs nicht subsummiren lässt.

28jähriges Mädchen, kyphoscoliotisch nach einer Krankheit im 9. Jahre, normal menstruirt, hat vor 4 Jahren eine Pneumonie durchgemacht, von der sie sich vollständig erholte. Vor 2$^1/_2$ Jahren abermals Pneumonie, nachher wiederholt Bluterbrechen. In der Reconvalescenzperiode plötzlich ohne nachweisbare Ursache mässige Dyspnoe und eine eigenthümliche Athmung dergestalt, dass sowohl jede In- als Exspiration von einem lauten, tönenden Geräusch begleitet war, dass ferner In- und Exspiration äusserst kurz und beide von einer auffällig

langen Pause gefolgt waren. Dieser Zustand währte ungefähr 1/2 Jahr, um dann zu verschwinden, nach 1/4 Jahr aber wiederzukehren. 2 mal ausser der beschriebenen Störung heftiger Stickanfall. Trotz aller möglicher therapeutischer Massnahmen bei zweimaligem Aufenthalt auf der Klinik blieb der Zustand derselbe, verschwand dann plötzlich auf acht Monate, um dann gelegentlich einer neuen (angeblichen) Pneumonie wiederzukehren.

Das oben erwähnte Geräusch ähnelt einem laut ausgesprochenen „ch" und wird um so stärker, je lauter die Pat. spricht, je rascher sie athmet. Phonation normal; ebenso beim Husten normaler Klang.

Subjectiv Klage über Kurzathmigkeit und Gefühl von Zusammenschnüren im Halse, bei längerem und lauten Sprechen Athemnoth. Larynx äusserlich normal. Inspiratorische Abwärtsbewegung während der kurzen hörbaren Inspiration. In der Inspirationspause wieder Aufwärtssteigen, das erst bei der Exspiration endet.

Laryngoscopischer Befund: Larynx in Form und Farbe normal. Beim Beginn der Inspiration normale Glottiserweiterung; während derselben Geräusch. Sofort aber nähern sich die Stimmbänder wieder bis zu einer Mittelstellung zwischen Cadaver- und Intonationsstellung. Diese inspiratorische Pause ist stets länger als die vorhergehende laute Inspiration. Ihr folgt bei der Exspiration das gleiche Spiel ganz kurzer Glottisöffnung und darauffolgender Verengerung. Der Exspiration geht manchmal eine kurze schnellende Einwärtsbewegung der Stimmbänder fast bis zur vollständigen Berührung derselben voran. Bei Intonation normale Phonationsstellung. An der vorderen Wand der Trachea unterhalb der Stimmbänder stets weissgelbliche Schleimmasse.

Bei der Besprechung des Falles kommt Riegel zu dem Schluss, dass es sich entweder um einen intermittirenden, mit jeder Athmungsphase wiederkehrenden genuinen Glottiskrampf handle oder aber um einen secundären Krampf, bedingt durch die rasche Ermüdung der nur für kurze Zeit zu normaler Functionirung fähigen Glottiserweiterer i. e. um eine Parese der cricoaritenoidei postici. Riegel entscheidet sich für die letztere Annahme, aus der sich die Erscheinungen ungezwungen erklären lassen.

Die Athmung wird durch die kurze Thätigkeit der Glottiserweiterer möglich; sobald aber grössere Ansprüche an sie gemacht werden, genügt diese kurze Thätigkeit nicht; es tritt Dyspnoe ein. Das Näherrücken der Stimmbänder aneinander in den Athempausen erklärt sich aus dem Ueberwiegen der Antagonisten, wie dies in noch verstärktem Grade bei der Paralyse der Glottiserweiterer schon länger constatirt ist. Dieser intermittirende secundäre Krampf der Verengerer erklärt das laryngoscopische Bild.

Das bei der kurzen In- und Exspiration hörbare Geräusch erklärt Riegel für ein in der Trachea durch die Anwesenheit der Schleimmassen bedingtes.

Als Ursache der Affection nimmt Riegel die Hysterie in Anspruch. Gegen eine locale Erkrankung der cricoarytenoidei postici spricht ihm die lange Dauer, die plötzliche Heilung, die mehrmalige Wiederkehr des Symptomenbildes.

Ob das zweimalige Zusammentreffen des Beginnes der Affection mit einer Pneumonie einen causalen Zusammenhang der beiden Erkrankungen andeute, oder aber auf Zufälligkeit beruhe, lässt Verf. dahingestellt.

A. Schmid (Reichenhall.)

---

581. **Block, Neuropathische Diathese und Kniephänomen.** (Arch. f. Psychiatrie. XII. Bd. 2. Heft.)

Verf. untersuchte 699 Kinder auf Vorhandensein des Kniephänomens. Bei wiederholten controlirenden Untersuchungen fehlte der Patellarreflex nur bei fünfen. Die nähere Forschung nach dem Stammbaum dieser Kinder ergab bei dreien neuropathische Belastung, bei zweien war ausserdem eine Vererbung des mangelnden Patellarreflexes zu constatiren, im vierten Falle bestand eine Verkrümmung der Wirbelsäule, im 5. Falle konnte nichts Genaueres über die Ascendenz ermittelt werden. Hieraus folgt, dass in neuropathisch belasteten Familien bei einzelnen Gliedern das Kniephänomen fehlen kann, ohne dass man desshalb berechtigt ist, den Mangel als Initialsymptom der Tabes aufzufassen; auch bei nicht belasteten Individuen kann ohne Erkrankung des Nervensystems das Kniephänomen fehlen, wenn gewisse pathologische Veränderungen der Wirbellsäule zugegen sind.

Eickholt (Grafenberg).

---

582. **Gnauck** (Berlin), **Ueber die Entwicklung von Geisteskrankheiten aus Epilepsie.** (Archiv f. Psychiatrie XII. Bd. 2. Heft.)

Verf. sucht an der Hand von 5 Krankheitsgeschichten der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Epilepsie resp. epileptischem Irresein und andern Geisteskrankheiten näher zu treten. Unter epileptischem Irresein versteht er anfallsweise bei Epileptischen auftretende transitorische psychische Störungen, welche im Allgemeinen durch eine mit zahlreichen Sinnestäuschungen und Wahnideen einhergehende Verwirrtheit und durch einen abnormen und eigenthümlichen traumhaften Zustand des Bewusstseins charakterisirt sind. Unter selbstständiger Geisteskrankheit wird eine derjenigen Geistesstörungen verstanden, welche allgemein als besondere und abgegrenzte Krankheitsformen aufgestellt und angenommen werden. Verf. gelangt zu folgenden Resultaten: Im Anschluss an eine Epilepsie kann sich eine selbstständige Geisteskrankheit entwickeln, die Epilepsie bleibt bestehen und erleidet zuweilen gewisse Modificationen. Treten Anfälle von epileptischem Irresein im Verlaufe der selbstständigen Geisteskrankheit auf, so wird die

letztere — in den beschriebenen Fällen die Verrücktheit — eigenthümlich modificirt. Diese Eigenthümlichkeiten bestehen in einem Anklange an den traumhaften abnormen Bewusstseinszustand des epileptischen Irreseins und in der Aehnlichkeit des ganzen Kreises der krankhaften Vorstellungen. Die nähere Betrachtung der angeführten Fälle lässt erkennen, dass das epileptische Irresein mit seinem eigenthümlichen traumhaften unbewussten Zustande in der Mitte steht zwischen dem epileptischen Krampfanfall und der Verrücktheit. Es macht ferner den Eindruck, als ob die Bewusstseinsstörung des epileptischen Irreseins eine Zwischenstufe bilde zwischen Bewusstlosigkeit und Bewusstsein und erscheint es mehr als wahrscheinlich, dass epileptisches Irresein und Verrücktheit eigentlich Störungen derselben Art sind, nämlich durch Sinnestäuschungen und Wahnideen charakterisirte Geisteskrankheiten, von denen die eine mit normalem Bewusstsein, die andere mit einem abnormen Zustande des Bewusstseins einhergeht.

Eickholt (Grafenberg).

---

583. **Wernicke, Ein Fall von Schädel-Trepanation.** Vortrag aus der Berliner medicinischen Gesellschaft. Sitzung am 30. Nov. und 7. Decemb. (Deutsche medic. Wochenschrift. Nr. 1. 1. Jan. 1882. p. 12.)

Bei einem 45 jähr. Mann bestand seit 5 Monaten eine Sehstörung, die sich allmählich zu einer vollständigen rechtsseitigen Hemiopie entwickelte; hierzu kamen „Ungeschicklichkeiten und eigenthümliche Sensibilitätsstörungen der rechten Extremitäten". Diese entwickeln sich zu vollständiger Hemiplegie und Hemianästhesie. Zunge und Sprache unbetheiligt. Pat. magerte von Beginn seiner Erkrankung an ab, es bestanden leichte Fieberbewegungen, Nächte waren unruhig, Kopfschmerz war zuerst stark, liess später etwas nach, Apathie und Somnolenz, ohne Störung des Gedächtnisses und der Intelligenz. Diesen Symptomencomplex erklärt W. als durchaus charakteristisch für den Hirnabscess. Die rechtsseitige Hemiopie spricht für eine Erkrankung des linken Occipitallappens, die spätere Hemiplegie beweist, dass der Process mehr nach Vorne geschritten ist. Trepanation wurde für indicirt gehalten und von Dr. Hahn ausgeführt am oberen hinteren Quadranten des linken Scheitelbeins. Es findet sich ein hühnereigrosser Abscess, der gespalten wird. Nach 13 Tagen stirbt der Pat. Die Section, von Friedländer ausgeführt, ergiebt Perforation des weitergeschrittenen Abscesses in die Gehirnventrikel. An einigen Stellen seiner Wand, die membranlos war, fanden sich gelbe käsige tuberkulöse Einlagerungen. Es ist dies der erste Befund eines tuberculösen Gehirnabscesses.

Von verschiedenen Seiten wird dem Redner entgegnet, dass diese Symptome für einen Gehirnabscess nicht absolut sicher wären, und so

die Trepanation ein gewagter Eingriff. Andererseits bleibe es fraglich, ob es nicht ein vereiterter grosser Tuberkel gewesen sei. Diese Einwendungen weist W. zurück.

Menche.

---

584. **O. Leichtenstern, Ueber die konjugirte seitliche Deviation der Augen bei Hirnkrankheiten.** Krankenvorstellung im allgem. ärztl. Verein zu Köln. (Deutsche Med. Wochenschr. 1881. Nr. 44.)

L. fand die Prévost'sche Regel, dass die konjugirte Deviation der Bulbi bei Läsion der Grosshirnhemisphäre (Rinde, Marklager, Centralganglien) nach der nicht gelähmten Seite, bei Läsion des Hirnstammes (Brücke) aber nach der gelähmten Seite erfolge, in 69 Fällen, worunter zwei eigene Beobachtungen, bestätigt. Doch gibt es Ausnahmen von dieser Regel. So werden 17 Fälle erwähnt von konjugirter Deviation nach der gelähmten Seite, wobei aber die gelähmten Extremitäten Reizerscheinungen (Convulsionen, Rigidität, Kontrakturen) zeigten. L. fasst im Gegensatz zu Prévost das erwähnte Phänomen nicht als Zwangsbewegung, sondern als Lähmung auf und erklärt die Ausnahmefälle durch Reizung einer Willkürbahn in folgender Weise. Von den Centren der Willkür (Grosshirnrinden) gehen, in der vorderen Brückenregion sich kreuzend, Willkürbahnen zu den Abducens-Centren, von diesen wiederum nach der entgegengesetzten Seite zu demjenigen Theile des Oculomotorius-Kernes, welcher den Rect. int. innervirt. Daher bewirkt z. B. ein lähmender Herd in der linken Hemisphäre, da die Leitung zum rechten Abducens- und linken Oculomot.-Kern (also zum Rect. ext. dext. und Rect. int. sin.) unterbrochen ist, Lähmung der Rechtswender und durch erhöhten Antagonismus eine konjugirte Sinistroversio bulborum. Wirkt dagegen dieser Herd reizend, so erfolgt „eine spastische, klonische oder tonische Dextroversio". Durch letztere Erwägung würden sich obige 17 Ausnahmefälle erklären. Ausser diesem kommen aber noch Ausnahmen von der Prévost'schen Regel (5 Fälle bekannt) vor mit Deviation nach der gelähmten Seite, ohne dass diese Reizerscheinungen darbot. Hier muss die hemisphärische Extremitätenbahn gelähmt, die gleichseitige Willkürbahn für die Seitwärtswender der Blicklinie aber im Reizzustande gewesen sein.

L. führt zur Bestätigung seines Calcüls eine eigene Beobachtung an: Rechtsseitige Hemiplegie mit Parese der Linkswender der Blicklinie. Bei der Sektion fand sich Erweichung der l. Brückenhälfte.

Die sich aus dem Gesagten ergebenden Schlüsse für die topographische Diagnostik werden in 4 Sätzen formulirt.

Während bisher nur die grob in die Augen springenden konjugirten Deviationen beobachtet wurden, hat L. gefunden, dass häufig bei Apoplexien, Hemiplegien „Parese oder Insufficienz der konjugirten Seitwärtswender der Blicklinie besteht, und dass auch diese Parese, was ihre Richtung bei Grosshirn- und Brückenherden anlangt, den oben

angegebenen Regeln gehorcht.“ So wird u. A. ein Fall angeführt, in dem völlig prompte Dextroversio bestand, während die Sinistroversio nur mühsam und unvollständig war. L. ist der Meinung, dass Parese der konjugirten Seitwärtswender der Blicklinie bei Grosshirn- und Brücken-Herden viel häufiger anzutreffen ist als die immerhin seltene konjugirte Deviation.

Stintzing (München).

585. **Ed. Juhel-Rénoy. Observation de dégénerescence kystique du foie et des reins.** Fall von cystischer Entartung der Leber und Nieren. (Revue de médecine 1881. Nr. 11.)

Eine 67 jähr. Frau, die seit 2 Monaten an geschwollenen Beinen, Athemnoth und Husten litt, bot bei der Aufnahme ins Spital die Symptome eines doppelseitigen pleuritischen Ergusses und einer hämorrhagischen Nephritis dar. Die Oedeme, die Dypspnoe nahmen rasch zu; 8 Tage nach der Aufnahme erfolgte der Exitus.

Sectionsbefund: In beiden Pleuren beträchtlicher seröser Erguss. Pericardialblätter ausgedehnt verwachsen, Herzmuskel verfettet. Leber gross, zeigt an der convexen Seite 15 etwa Haselnuss-grosse z. Th. noch grössere Cysten, die eine farblose eiweissreiche Flüssigkeit enthalten. Die Wandungen desselben sind innen glatt, perlmutterglänzend, ohne Septa. Ausser den grossen Cysten an der convexen Fläche noch viele kleinere. Auf einem Durchschnitt erscheint auch das Parenchym des Organs, besonders gegen die Oberfläche hin, von zahlreichen Cysten durchsetzt; das dazwischen gelegene Lebergewebe ist gelblich oder auch grünlich verfärbt. Die grossen Gallenwege sind frei. — Die Nieren sind ziemlich gross und haben — durch zahlreiche grössere und kleinere Cysten — das Aussehen von Weintrauben; auf einem Durchschnitt ist nur noch ein ganz schmaler Streifen der Rindensubstanz vom Parenchym übrig geblieben.

Mikroskopisch finden sich in der Leber die hauptsächlichen Veränderungen an den Gallenwegen. Besonders in der Umgebung der Cysten sind letztere sehr reichlich anzutreffen: kleine und grössere Gallenwege, von fibrillärem Bindegewebe umgeben, viele obstruirt, andere mehr oder weniger dilatirt; es finden sich Uebergänge von kleinen dilatirten Gallenwegen bis zu grossen Cysten. Die kleinen Leberarterien zeigen vielfach endo- und periarteritische Veränderungen, die Leberzellen sind besonders in der Nachbarschaft der Cysten fettig entartet.

In den Nieren ergab sich hochgradige interstitielle Entzündung mit theils geringer, theils beträchtlicher Dilatation der gewundenen Harnkanälchen.

Der Process in der Leber ist nach Verf. aufzufassen als eine Entzündung, welche vorwiegend die kleineren Gallengänge betrifft, als

eine Angiocholitis mit Neubildung von Gallengängen und begleitet von Periangiocholitis. Von den neugebildeten Kanälen werden viele obstruirt und abgeschnürt, so dass Cysten entstehen, welche dann allmählich — besonders wohl durch Confluenz benachbarter Cysten — zu umfänglichen Gebilden sich entwickeln. Die Nierencysten sind als Retentionscysten aufzufassen.

Lüderitz (Jena).

586. **Seifert, Bericht über die Kinderabtheilung des Juliushospitales zu Würzburg aus den Jahren 1872—1880.** (Jahrb. f. Kinderheilkunde.)

B. Krankheiten der Respirationsorgane.

Nach Besprechung eines Falles von Spasmus glottidis, der sich durch die begleitenden allgemeinen klonischen Convulsionen auszeichnet und ätiologisch auf unpassende Ernährung zurückzuführen ist, kommt Verfasser zu einem Fall von Papilloma laryngis, welcher in mehrfacher Beziehung von Interesse ist. Es handelt sich um einen 4½-jährigen Knaben, bei welchem sich während 2 Jahren allmählich unter zunehmender Heiserkeit und Schmerzen im Halse die Erscheinungen der Larynxstenose entwickelten. Laryngoskopisch zeigten sich von den Seitentheilen des Larynx ausgehende höckerige Geschwulstmassen, welche die Stimmbänder und Taschenbänder vollständig verdeckten und eine erhebliche Stenosirung der Glottis bewirkten. Später entwickelten sich auch an der Epiglottis und der Zungenbasis ähnliche Tumoren, welche sich mikroskopisch als papilläre darstellten. Wiederholt gelang es mittels der Quetschschlinge theils die Geschwulstmassen zu entfernen, welche aber immer wieder nachwuchsen, es musste die Tracheotomie gemacht werden, und Pat. verliess mit der Canüle das Spital. An Interesse gewinnt der Fall auch durch die wiederholt genommenen Pulscurven, welche deutlich zeigen, dass die schon normaler Weise beobachteten Blutdruckschwankungen unter dem Einfluss der Respiration bei Stenose der grossen Luftwege noch viel beträchtlicher ausfallen. — Es folgt ein Fall von Posticuslähmung bei einem Knaben von 4 Jahren; ein Monat vorher war Pat. tracheotomirt worden; die Lähmung ging allmählich in 7 Monaten zurück. — Von 6 Keuchhustenfällen waren 4 mit katarrhalischer Pneumonie complicirt, von denen einer bei einem hereditär belasteten, rhachitischem Kinde lethal verlief, einer gebessert und 2 völlig geheilt entlassen werden konnten. Bei allen hatte die Pneumonie ihren Sitz im rechten Unterlappen. Die Häufigkeit der Anfälle schwankte auf der Höhe der Erkrankung zwischen 10 und 23; durchschnittliche Dauer der Krankheit 10—12 Wochen. Die Behandlung bestand in Inhalationen von ½% Bromkalilösung und Darreichung kleiner Dosen Chinin 0,1, 2—3 mal tgl. nach dem Alter des Kindes. Eine Abkürzung der Krankheitsdauer war nicht zu con-

statiren, dagegen eine Abnahme der Intensität der einzelnen Anfälle. — Von 28 Pneumonien starben 10. Aetiologisch wurde 2 mal Erkältung, 4 mal phthisische Erkrankung der Eltern, 15 mal vorhergegangene andere schwächende Erkrankungen constatirt. 5 Fälle betreffen Säuglinge. In 12 Fällen bestanden heftige gastrische Symptome. Schmerzen auf der erkrankten Seite bestanden nur 6 mal. Einmal wurden dem Cheyne-Stokes'schen Phänomen ähnliche Athmungspausen beobachtet, 5 mal Sputa crocea, 6 mal Milztumor. Die Unterlappen waren am häufigsten Sitz der Erkrankung und zwar der rechte häufiger als der linke. Krise erfolgte in 1 Falle am 4. Tage, in 3 Fällen am 5. und in den übrigen geheilten Fällen am 7. Tage. Die Therapie bestand in Eisumschlägen auf Kopf und Brust, in kleinen Gaben von Chinin innerlich oder in Inhalationen $^1/_2$ und 1 %, welche letztere in einem Falle beträchtliche Remissionen bewirkten. — Von 43 Fällen von Phthisis pulm. fielen 6 Fälle auf das erste Jahr, darunter ein Fall bei einem Kinde von 3 Monaten. Hämoptoë wurde sehr selten beobachtet, nur einmal bewirkte sie unmittelbar den Exitus lethalis. In 20 Fällen bestanden hartnäckige Durchfälle, 3 mal waren die Stühle übelriechend, zum Theil von eitriger Beschaffenheit; bei der Autopsie fanden sich die tuberculösen Geschwüre am ausgebreitetsten im untersten Ileum und im untersten Theil des Dickdarms. An tuberkulöser Meningitis gingen 5 Kranke zu Grunde. Ein Fall war mit Morb. Addison. complicirt; die Section zeigte in der linken Nebenniere einen käsigen Herd; ausserdem waren beide Nebennieren durch grosse Lymphdrüsenpackete comprimirt. 2 mal wurden Geschwüre im Kehlkopfe beobachtet. Die Therapie war eine symptomatische. Wo Milch nicht gerne genommen wurde, wurde mit Erfolg Kumys gereicht. Bei Diarrhoeen gab man abwechselnd Extr. Belae ind. mit Opium, und Tannin, gegen die Nachtschweisse Atropin und Elaeosacch. Salviae. Es folgt ein Fall von doppelseitiger Lungenatelektase bei einem elenden $1^1/_4$ jährigen Knaben, bewirkt durch Verstopfung der Bronchien mit zähem Sekret bei gleichzeitiger Schwäche der Athemmuskulatur. — Ein Fall von Osteosarcom der Lunge konnte schon bei Lebzeiten diagnosticirt werden; neben der Kachexie und den physikalischen Erscheinungen, welche mit einem pleuritischen Erguss viel Aehnlichkeit hatten, stiess man bei einer Probepunktion mit der Pravaz'schen Spritze in knirschendes derbes Gewebe. Ausserdem bestand ein Osteosarcom am rechten Oberschenkel. — Von 10 Fällen von Pleuritis, unter denen 4 eitrig waren, verdienen 2 der letzteren Art hervorgehoben zu werden. Bei beiden trat plötzlich unter den Erscheinungen eines halbseitigen Krampfes, sodann einer halbseitigen Lähmung plötzlich der Tod ein; bei dem ersten bestand bei mässiger Albuminurie zugleich mit den Krämpfen Anurie und es wurde daher bis zum Eintritt der Hemiplegie an urämisches Hirnödem gedacht; bei dem zweiten trat zugleich mit der rechtsseitigen Hemiplegie mit Betheiligung des rechten Facialis Aphasie ein. Die Section ergab in beiden Fällen Embolie der linken Carotis, wahrscheinlich ausgehend von einem Thrombus aus den Lungenvenen; im ersten Falle reichte der Embolus bis in den Anfangstheil der Art. foss. Sylvii, im zweiten hatte er mehrere Erweichungsherde zur Folge, welche die Aphasie erklärten.

— Endlich bringt Verf. 2 Fälle von Pyopneumothorax, entstanden aus Perforation einer phthisischen Caverne und das zweite Mal aus einem nach einer recidivirenden Pneumonie gebildeten Empyem, welches nach aussen durchgebrochen war. Beidemal bestand Tuberculose der Lungen.

Kohts (Strassburg).

---

587. **Winkel** (Dresden), **Ueber Anwendung permanenter Bäder bei Neugeborenen.** (Centralblatt für Gynäkologie 1882. Nr. 1, 2 und 3.)

W. hatte sich bei seinen Versuchen am Kinde die Frage gestellt: Lässt sich in Klinik und Privatpraxis ohne zu grosse Umstände für die Umgebung und ohne zu grosse Unbequemlichkeit für das Kind selbst, letzteres tagelang im gleichmässig warmen Bade erhalten? Es wurde zu diesem Zwecke eine eigene Badewanne construirt und fielen die Versuche günstig aus.

Das Nachfüllen von $^1/_2$ Liter kochenden Wassers alle halbe bis ganze Stunde genügte, um das Wasser auf der erforderten Temperatur von 35—37,5° C. zu erhalten. Dem Kinde war der Aufenthalt im Wasser ein behaglicher, seine Lage durchaus nicht unbequem. Es ergab sich, dass ruhige Kinder im Bade eben so blieben, dass dagegen unruhige, viel schreiende in der Regel bald, oft sofort ruhig wurden und manchmal stundenlang ununterbrochen in demselben schliefen; ferner, dass die in Wasser von 37° C. untergebrachten, von denen mehrere sehr elend waren und Durchfall hatten, etwas grösseren Durst als vorher zu haben schienen. Auch kam es Vf. vor, als ob einzelne Kinder nach dem Trinken leichter seien. Es genügt mit Berücksichtigung der Verunreinigungen durch Urin und Koth alle 6—8 Stunden einmal das Wasser der Wanne vollständig zu wechseln.

In Bezug auf das Verhalten der Haut war zu bemerken, dass dieselbe in einzelnen Fällen etwas blasser erschien, wie dies namentlich von dem Aussehen des Gesichts in einem Fall notirt wurde, und dass zwei Mal bei Kindern, die an Intertrigo litten, an der Bauch- und Brusthaut kleine rothe Stippchen sich zeigten.

Das Gewicht blieb bei den an Magendarmkatarrhen erkrankten Kindern im Bade unverändert, während die interessante Beobachtung gemacht wurde, dass ein mit Atelektase ins Bad gebrachtes Kind in demselben ruhiger athmete und gut trank, so dass es am ersten Tage im Bade um 120 gr zugenommen hatte.

Die Beschreibung der Wanne sowie die dazu gehörigen Abbildungen sind im Original nachzusehen. Nachdem nunmehr alle Vorarbeiten beendet sind, beabsichtigt Vf. exaktere Untersuchungen mit Herrn Dr. Weiss anzustellen und darüber von Zeit zu Zeit zu berichten. Es soll das physiologische Verhalten des Kindes, seine Eigenwärme,

Athmung, Circulation, Hautthätigkeit, Verdauung, sein Wachsthum, seine Gesichtsveränderungen und das Verhalten pathologischer Zustände im permanenten Bade beobachtet werden.

Kocks.

588. **Kirchner, Ueber die Einwirkung des Chinins und der Salicylsäure auf das Gehörorgan.** (Sitzungsber. der physik. medic. Gesellschaft zu Würzb. 1881. Nro. 11.)

K. suchte durch Fütterungsversuche mit Chinin- und Salicylsäurepräparaten an Thieren (Katzen, Hunden, Meerschweinchen und Mäusen) zu eruiren, ob sichtbare pathologische Veränderungen an einzelnen Theilen des Gehörorgans nachzuweisen sind, welche als die Ursache der bei grösseren Dosen dieses Mittels auftretenden Gehörsstörungen aufgefasst werden können.

Es fand sich starke Hyperämie im knöchernen Gehörgang in der Nähe des Trommelfells, die Schleimhaut der Pauckenhöhle trübe, gelblich gefärbt und an einzelnen Stellen Ecchymosen und Hämorrhagien.

Im Labyrinth zeigte sich in einzelnen Fällen intensive Röthung im vestibulum, die Labyrinthflüssigkeit war röthlich gefärbt.

Die Ursache dieser Veränderungen ist wahrscheinlich in vasomotorischen Störungen zu suchen.

K. knüpft an diese Beobachtungen die Warnung, bei Darreichung grösserer Gaben der Chinin- und Salicylsäurepräparate den Zustand des Gehörorgans niemals ausser Acht zu lassen.

Seifert (Würzburg).

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Neue Bücher.

Centralblatt, neurologisches. Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystems einschliesslich der Geisteskrankheiten. Herausg. von E. Mendel. 1. Jahrg. 1882. (24 Nrn.) Nr. 1. Leipzig, Veit & Co. pr. Jahrg. 12 M.

Duboue, Etude comparée du medicament et de la série médicamenteuse. Paris, Masson. 4 fr.

Güntz, Syphilis-Behandlung ohne Quecksilber. Berlin, Hirschwald. 1 M. 50 Pf.

Hayem, Leçons sur les modifications du sang sous l'influence des agents médicamenteux et des pratiques thérapeutiques. Avec 43 fig. et 1 planche. Paris, Masson. 12 fr.

Hermann, Kurzes Lehrbuch der Physiologie. 7. Auflage. Mit 95 Holzschn. Berlin, Hirschwald. 12 M.

Neubauer & Vogel, Anleitung zur qualitativen und quantitativen Analyse des Harns sowie zur Beurtheilung der Veränderungen dieses Sekrets mit besonderer Rücksicht auf die Zwecke des praktischen Arztes. Achte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit Vorwort von Professor Dr. Fresenius. 1. Abthl. Analytischer Theil. Bearbeitet von Dr. H. Huppert. Mit 3 lithographirten Tafeln und 39 Holzschnitten. Wiesbaden, C. W. Kreidel's Verlag. 7 M. 60 Pf.

Nicolas, L'Attitude de l'homme au point de vue de l'équilibre, du travail et de l'expression. Paris, Masson. 5 fr.

Nocht, Ueber die Erfolge der Nervendehnung. Berlin, Hirschwald. 1 M.

Picot, Leçons cliniques sur le traitement de la pneumonie. Paris, Masson. 3 fr.

Pohl-Pincus, Untersuchungen über die Wirkungsweise d. Vaccination. Mit 4 lithographirten Tafeln. Berlin, Hirschwald. 5 M. 60 Pf.

Ponfick, Die Actinomycose des Menschen, eine neue Infektionskrankheit, auf vergleichend-pathologischer und experimenteller Grundlage geschildert. Berlin, Hirschwald. 8 M.

Recklinghausen, Ueber die multiplen Fibrome der Haut und ihre Beziehungen zu den multiplen Neuromen. Berlin, Hirschwald. 7 M.

Reclus, De la syphilis du Testicule. Avec 6 planches dont 4 en couleur. Paris, Masson. 8 fr.

Richet, Physiologie des muscles et des nerfs. Paris, G. Baillière & Co. 15 fr.

Richardson, A Ministry of health and other addresses. Chatto & Windus. 6 sh.

Senator, Die Albuminurie. Berlin, Hirschwald. 3 M. 60 Pf.

Sturges, On Chorea and other allied movement disorders of early life. Smith and Elder. 7 sh. 6 d.

Vindevogel, Recueil clinique ou répertoire des traitements nouveaux. Bruxelles. 2 fr.

Wasseige, Des opérations obstétricales avec fig. Paris. 10 fr.

Whitehead, Excision of the tongue. London, Churchill. 1 sh.

Wiet, Contribution à l'etude de l'élongation des nerfs. Paris, G. Baillière & Co. 4 fr.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 4. Februar. Nro. 44.

Zur Casuistik der Nervendehnung bei Rückenmarkskrankheiten

von

Prof. Doutrelepont.

Maurer E., 31 Jahre alt, wurde im Januar 1881 in's hiesige Friedrich-Wilhelms Hospital wegen Ulcera chronica cruris aufgenommen. Pat. klagte auch über Schwäche in den Beinen, Zittern beim Gehen und über geringe Schmerzen in den beiden unteren Extremitäten. Während die Geschwüre rasch heilten, nahm die Parese rasch zu und erstreckte sich auch auf die Rückenmuskeln. Trotz Anwendung der Electricität war anfangs April vollständige Paraplegie und starke Anästhesie eingetreten. Oktober litt Pat. an retentio urinae, welche die Anlegung des Katheters erforderte. Im December wurde das Fehlen des Patellarreflexes constatirt. 1881 blieb der Zustand trotz lange fortgesetzter

Anwendung des constanten und Induktionsstromes unverändert, der Katheterismus wurde häufiger erforderlich. Anfangs August wurde mir der Patient von Herrn Collegen Dr. Leo, der bis dahin die Behandlung geleitet hatte, zur Ausführung der Nervendehnung übergeben. Am 2. Aug. wurde folgender Status aufgenommen: Auge und Gehör bieten keine Abnormität dar, die Sprache des Patienten ist schleppend. In den oberen Extremitäten ist die Sensibilität vermindert, ebenso die muskuläre; Pat. kann einen Gegenstand nur kurze Zeit mit der Hand festdrücken, die Muskeln sind nicht atrophisch. Pat. klagt über lästiges Gürtelgefühl. Der Stuhl kann nur durch Klystiere entleert werden, nie spontan, Pat. fühlt nicht wenn der Stuhl kömmt. Die Urinentleerung erfolgt nur durch grosse Anstrengung sehr langsam. Die Sensibilität der unteren Extremitäten ist beiderseits gleichmässig sehr herabgesetzt. Pat. localisirt tiefe Nadelstiche sehr ungenau und erkennt nur unsicher die in 9—10 cm Entfernung gestellten Spitzen des Anästhesiometers. Die Reflexerregbarkeit ist vollständig erloschen. Die elektrische Erregbarkeit ist erhalten. Die Muskeln sind vollständig paralytisch; Pat. kann nicht die geringste Bewegung der Beine ausführen. Das Herz zeigt eine Stenosis ostii venosi sin. und Insufficienz der v. mitralis, als Folgen eines im Jahre 1870 überstandenen akuten Gelenkrheumatismus mit Endocarditis. Patient kann wegen Schwäche der Rückenmuskeln nicht mehr sitzen.

Am 4. August führte ich die Dehnung des linken n. ischiadicus aus. Wegen des Herzfehlers und der geschwächten Sensibilität des Beins wurde die Operation nur unter localer Anästhesie gemacht. Die Freilegung des Nerven war schmerzlos, nur die starke Dehnung des Nerven selbst veranlasste den Patienten einige Male zum Stöhnen. Am 5. August war keine Aenderung des Zustandes eingetreten. Am 6. August klagt Pat. über Brennen in der Wunde; die Untersuchung der Sensibilität am operirten Beine ergab eine genaue Localisation von Nadelstichen; während Pat. am rechten Beine die beiden Spitzen des Anästhesiometer kaum auf 9 cm Entfernung erkennen kann, erkennt er dieselben am linken Beine fast überall auf 1 cm Entfernung.

Am 7. August bewegt der Patient die dicke Zehe, die anderen noch nicht, am 8. Aug. Bewegung der übrigen Zehen. Am 11. Aug. konnte das Fussgelenk bewegt, das Knie und die Hüfte gebeugt werden; die Streckung des Knies war vollständig unmöglich. Am rechten Beine war keine Aenderung nach der Operation wahrzunehmen.

Am 12. Aug. wurde unter localer Anästhesie der rechte n. ischiadicus gedehnt. Bei der Dehnung selbst gab Pat. mehr Schmerz als bei der ersten Operation an. Schon am folgenden Morgen war die Sensibilität am ganzen Beine fast normal, Pat. localisirt jede Berührung des Beines genau, gibt genau jede Zehe an, welche gestochen wird. Ein Unterschied zwischen der Sensibilität beider Beine ist nicht mehr vorhanden. Bei grosser Anstrengung kann Pat. das rechte Fussgelenk wenig bewegen und das Knie einmal beugen. Das linke Knie wird bis zu einem Winkel von 120° gebeugt. Am 14. Aug. Morgens Bewegung der rechten dicken Zehe, erst Abends der anderen Zehen. Von da ab konnte täglich eine Kräftigung der Bewegungen in beiden Beinen constatirt werden. Schmerzen traten nicht auf. Einige Male

konnte der Patellarreflex erzeugt werden, aber nicht constant. Die Streckmuskeln der Kniee blieben jedoch vollständig gelähmt, während die elektrische Erregbarkeit erhalten war.

Am 30. Aug. wurde der n. cruralis dexter unter dem Poupart'schen Bande freigelegt und kräftig wieder nur unter localer Anästhesie gedehnt. Bei dem Zuge am Nerven war der Schmerz heftiger als bei den früheren Dehnungen. Am folgenden Tage schon beobachtete man bei den Versuchen des Pat. das Kniegelenk zu strecken Zuckungen des Quadriceps. Am 6. September konnte der Pat. das rechte Bein gestreckt aufheben, das Knie beugen und strecken. Am 7. Sept. wurde der linke n. cruralis auch gedehnt; am 9. konnte Pat. die patella festhalten, so dass sie nicht bewegt werden konnte, am 11. wurde das im Knie gestreckte Bein fest von der Unterlage aufgehoben. Neben Beseitigung der Sensibilitäts- und Motilitätsstörung an den unteren Extremitäten war Pat. auch von seinem früheren lästigen Gürtelgefühl befreit; das Uriniren ging leicht ohne Anstrengung vor sich, die Stuhlentleerung erfolgte ohne künstliche Hülfe. Am 20. Sept. wurde zum ersten Male versucht den Pat. aufzustellen. Von zwei Seiten gestützt, zitterte derselbe am ganzen Körper; beim Versuche zu gehen, warf er die Beine stark zitternd vor. Durch die grosse Anstrengung schwitzte er am ganzen Körper.

Vom 26. Sept. an wurden täglich Gehversuche mit Krücken angestellt. Dabei warf Patient die Beine sehr stark zitternd und schleudernd vor.

Nur sehr langsam trat eine weitere Besserung im Gehen ein. Erst Anfangs Jan. 1882 kann er einige Schritte auf Krücken gestützt ohne Zittern machen, er kann sich allein am Stuhl aufrichten. Die Beine werden jedoch nicht viel kräftiger, beim Gehen schleudert er sie vor. Die Sensibilität ist normal, Pat. localisirt jede Berührung an den Beinen genau. Die Reflexe fehlen wieder, nur der Cremasterreflex ist besonders links nachweisbar. Urin und Stuhlentleerung gehen normal vor sich. Pat. macht täglich kurze Gehversuche auf Krücken, die ihn noch sehr anstrengen, und sitzt fast den ganzen Tag ohne zu ermüden auf einem Sessel.

In zwei Fällen von ausgesprochener Tabes dorsalis habe ich auch die Nervendehnung ausgeführt. In dem ersten Falle, 4 jährige Dauer der Krankheit und Atrophie beider Sehnerven, wurden zuerst die zwei nerv. ischiadici in einer Sitzung, später die n. crurales gedehnt. Die Folge der Operation ist entschiedene und jetzt nach ungefähr 3 Monaten dauernde Besserung der Ataxie, anfangs Verschwinden des Gürtelgefühls und der heftigen Schmerzen; letztere sind jedoch wiedergekehrt, wenn auch nach Aussage des Patienten nicht in der früheren Stärke. Eine geringe Besserung der Sensibilität liess sich auch nachweisen.

Im 2. Falle ($2^1/_2$ jähriger Dauer der Krankheit) wurden die zwei nerv. ischiadici allein gedehnt. Auch hier ist die Ataxie, welche so hochgradig war, dass der Patient kaum mit einem Stocke gehen konnte, und dass er bei Schliessen der Augen gleich hinfiel, viel geringer geworden, Patient kann ohne Stock gehen, die Schmerzen haben nachgelassen. In beiden Fällen also Besserung einiger Symptome der Tabes, die Sehnenreflexe wurden jedoch nicht beeinflusst.

Alle Operationen heilten per primam intentionem, natürlich mit Ausnahme der Stellen, wo die Drainröhren lagen. Fieber wurde in keinem Falle beobachtet.

---

589. **Ferdinand Hoffmann, Ein Beitrag zur Physiologie und Pathologie der farblosen Blutkörperchen.** (Dorpater Dissertation 1881.)

Die Krankheit, welche sich bei Thieren nach Injection von Jauche ins Blut und ganz ebenso nach Injection von Hämoglobinlösung, von Alex. Schmidt's Fibrinferment, ja sogar von sehr grossen Mengen destillirten Wassers, entwickelt, ist auf Alex. Schmidt's Veranlassung schon mehrfach untersucht worden.

Die äusseren Symptome der Krankheit, Mattigkeit, Erhöhung der Körpertemperatur und der Athemfrequenz, Erbrechen und blutige Durchfälle sind längst bekannt. — Indem Hoffmann seine Beobachtungen mit denen Dorpater Vorgänger combinirt, kommt er zu der Erkenntniss, dass in diesen Krankheiten eine wohl charakterisirte Affection der farblosen Blutkörperchen besteht, so dass man sie als wahre Bluterkrankungen bezeichnen kann. Der physiologische Zerfall der farblosen Blutzellen ist enorm gesteigert, der Gehalt des Blutes an ihnen deshalb stark vermindert, während ihre Zerfallsprodukte, namentlich das sogenannte Fibrinferment, sich im Blute anhäufen. Die Faserstoffmenge welche solches Blut liefert, ist abnorm gering. Erholt sich das Thier, so steigt erst die Menge der weissen Zellen, dann auch der Faserstoff, und beide stehen meist schon am zweiten Tage nach dem Eingriff über der Norm.

N. Zuntz (Berlin).

---

590. **D. Dubelir, Ueber den Einfluss des fortdauernden Gebrauchs von kohlensaurem Natron auf die Zusammensetzung des Blutes.** (Wiener acad. Sitzungsber. 1881. Bd. 83. Abth. 3. S. 261—274.)

Die so häufig zu Heilzwecken erfolgende, lange Zeit fortgesetzte, Darreichung von kohlensaurem Natron hat schon mehrfach Anlass gegeben, die darnach eintretenden Aenderungen in der chemischen Zusammensetzung des Blutes zu untersuchen.

D. experimentirte an Hunden, welchen 2 bis 6 Wochen lang mit dem täglichen Futter Sodamengen, welche die therapeutisch zur Anwendung kommenden nicht allzu sehr überstiegen, verabreicht wurden.

Die Resultate der 4 Blutanalysen lassen sich in folgende Sätze zusammenfassen:

1. Die alkalische Beschaffenheit der Blutasche nimmt annähernd proportional der täglich verabreichten Sodamenge und der Zeitdauer ihrer Darreichung zu.
2. Kali wird in der Blutasche nicht durch Natron substituirt.
3. Natron wird im Blute nicht angehäuft.
4. Der Eisengehalt (also auch wohl die Hämoglobinmenge) nimmt zu.
5. Der Gehalt des Blutes an festen Bestandtheilen, sowie Stickstoff (Eiweiss) bleibt bei Sodagebrauch innerhalb der, allerdings ziemlich weit zu steckenden, normalen Grenzen.

N. Zuntz (Berlin).

---

591. **A. Boekmann, Ueber die quantitativen Veränderungen der Blutkörperchen im Fieber.** (Aus der medic. Klinik in Giessen. Deutsches Archiv f. kl. Medicin. XXIX. 481—515.)

Der Verf. leitet seine Arbeit durch eine Besprechung der verschiedenen Methoden zur Zählung der Blutkörperchen ein und führt die wichtigsten von andern Autoren bis jetzt erhaltenen Resultate an. Er selbst benutzte den von Zeiss auf Thoma's Anregung construirten Apparat mit einer von Malassez angegebenen Modification. Nach Abbe lassen sich mit diesem Apparate Resultate erreichen, deren mittlere Fehler zwischen 2 und 3% schwanken.

Die bisherigen Untersuchungen bezogen sich auf den normalen Menschen (bei gesunden Erwachsenen sind in 1 cbkmm Blut ca. 5 Millionen Körperchen), sowie auf Krankheiten, insbesondere Anämie, Chlorose, Leuchämie, Infektionskrankheiten u. a., sowie auf Zählungen nach Anwendung von Medicamenten und nach gewissen experimentellen Eingriffen.

Um die Frage zu entscheiden, wie sich die Blutkörperchen im Fieber verhalten, mussten solche Krankheiten gewählt werden, in welchen das Fieber als hervorragendstes Symptom in den Vordergrund tritt, also die Intermittens und die Recurrens. Für die Intermittens (und die Malariakachexie) hatte insbesondere Kelsch eine sehr beträchtliche Verminderung der rothen, aber auch der weissen Blutkörperchen nachgewiesen, bei perniciösen Fiebern indessen eine beträchtliche Vermehrung der weissen Zellen.

Bei Recurrens sind bisher nur die weissen Zellen gezählt worden; man fand während der Anfälle beträchtliche Vermehrung derselben, die nur langsam sich ausgleicht; die rothen Blutkörperchen hat zuerst der Verf. gezählt — und zwar an den relativ kräftigsten seiner Recurrenskranken: In den Fieberanfällen sind die rothen Körperchen vermindert, am meisten während oder unmittelbar nach der Krise. — Auch in der Pneumonie sowie bei Intermittens und in einem Falle von schwerer

Anämie waren die rothen Körperchen während des Fiebers vermindert, die Zahl der meisten vermehrt.

Der Verf. gelangt zu dem Schlusse, dass in acut fieberhaften Krankheiten die Zahlen der rothen Blutkörperchen dem Gange der Temperatur entgegengesetzt, die der weissen dagegen demselben parallel gehen.

Wolffberg.

---

592. **Dr. Emil Schütz, Zur Casuistik der Hämorrhagien im Pons Varoli.** Mittheilungen aus der II. internen Abtheilung des Herrn Reg.-Rathes Prof. Halla. III. (Prager Med. Wochenschr. 1881. Nr. 37.)

Der vom Verf. mitgetheilte Fall ist deshalb von Interesse, weil die während des relativ langsam (in 29 Stunden) erfolgenden tödtlichen Ausganges beobachteten charakteristischen Symptome mit grosser Wahrscheinlichkeit die Lokalität der Blutung vermuthen liessen. Ohne Bewusstseinsverlust erfolgten bei einer 48jähr. Pat. plötzlich Erschwerung der Sprache, stertoröse Athmung, frequenter Puls, leichte Cyanose der Haut, leichte rechtsseit. Ptosis und erschwerte Rotation des Bulbus nach innen und abwärts, Verengerung beider Pupillen, Parese des l. Facialis im Mundgebiet, Abweichen der Zunge nach links, Parese der Extremitäten rechterseits. Keine Sensibilitätsstörung. Linksseitige Herzhypertrophie, keine Herzgeräusche. Trachealrasseln. Harn blass, 1008, enthält Eiweiss, keine Formelemente. Unter zunehmender Cyanose, Erbrechen grünlicher Flüssigkeit, Temperatursteigerung auf 39,2 erfolgt der Tod.

Aus folgenden Gründen wurde die klin. Diagnose auf Ponsblutung gestellt. Wechselständige Lähmung des Gesichts und der Extremitäten, die als eines der hervorragendsten Symptome bei Ponsherden gilt, wenn sie wie im vorliegenden Falle auf einmal eintritt, und nicht wie bei basalen Tumoren in der Gegend des Pons sich successive entwickelt. Hätte es sich dagegen um einen doppelseitigen Hemisphärenherd gehandelt, so hätte einer der Herde wegen der hochgradigen Respirationsstörung sehr umfangreich sein müssen. Ein solcher umfangreicher Herd war aber auszuschliessen, da gar keine Bewusstseinsstörung vorhanden und die Lähmung der einen Körperhälfte keine komplete war, da ferner Zeichen eines erheblich gesteigerten intracraniellen Druckes fehlten. Bei Mangel einer evidenten Erkrankung des Respirations- und Cirkulationsapparates musste also ein Herd in unmittelbarer Nähe des Athemcentrums (in der Med. oblong. oder im Pons) vermuthet werden. Als häufige Symptome bei Ponsherden werden ferner angeführt: Verengerung der Pupillen und Anarthrie (Leyden). Beides fand sich in dem angeführten Falle. Tumor, Embolie oder Thromben waren mit grösster Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Dagegen gab die wegen der l. Herzhypertrophie, wegen des reichlichen,

blassen, eiweisshaltigen Harnes etc. anzunehmende Schrumpfniere einen Anhaltspunkt zur Annahme einer Hämorrhagie.

Die anatomische Diagnose lautete: „Renes granulati, Hypertrophia cord. sin. Pneumonia lobular. later. utriusque. Rigiditas arteriarum. Haemorrhagia pontis Varoli," bestätigte also die klinische Diagnose. Die Betheiligung einzelner Oculomotoriuszweige ist wohl als Fernwirkung anzusehen. — Ein bei der Sektion aufgefundenes Aneurysma der art. vertebralis sin. hatte trotz deutlicher Vertiefung der l. Hälfte der Med. oblong. bei Lebzeiten keine Symptome hervorgerufen, was sich nur durch langsame Grössenzunahme erklären lässt.

Stintzing (München).

---

593. **St. Romain-Vigouroux, Du traitement de la crampe des écrivains par la méthode de Wolff (de Francfort-sur-le-Main).** Ueber die Behandlung des Schreibekrampfes nach der Methode von Wolff. (Progr. médic. 1882, Nr. 3.)

Verf. theilt zwei Fälle von Schreibekrampf mit, in welchen, wie in fast allen Fällen dieser Krankheit, die verschiedenartigste Behandlung erfolglos blieb, bis Herr Wolff (aus Frankfurt am Main) die Behandlung übernahm. Dieselbe erfolgte unter der Controlle von Charkot und V., dauerte nur 15 Tage und bewirkte Heilung. Sie besteht theils in Gymnastik, theils in Massage (s. Genaueres im Original) und wird auch bei anderen Krampfformen (Krampf der Pianisten, Violinisten, Telegraphisten u. s. w.) von Wolff erfolglich angewendet.

E. Bardenhewer.

---

594. **Ch. Féré, La douleur dite ovarienne des hystériques a pour siège l'ovaire.** Der Sitz des sog. Ovarialschmerzes ist das Ovarium. (Prog. médic. 1882. Nr. 3.)

Geburtshelfer, insbesondere Dancan, haben bezweifelt, dass die Ovarien durch die Palpation erreicht werden könnten, und dass dieselben den gewöhnlichen Sitz des hypogastrischen Schmerzes der Hysterischen einnähmen. Diese Zweifel zerstört Féré durch eine Beobachtung, welche er mit Budin an einer Hysterischen anstellte. Dieselbe war, nachdem sie schon früher in der Salpetrière gewesen, in der letzten Zeit der Schwangerschaft und während der Geburt, der Gegenstand der genausten Untersuchung. Es gelang, deutlich nachzuweisen, dass entsprechend den Lageveränderungen, welche die Ovarien während der Schwangerschaft und vor und nach der Geburt erleiden, der Sitz des sog. Ovarialschmerzes wechselte und es gelang ferner, an den Stellen des Schmerzes die Ovarien zu palpiren.

E. Bardenhewer.

---

595. **Lesser, Beiträge zur Lehre vom Herpes zoster.** (Virch. Arch. Bd. 86, S. 391.)

Verf. berichtet über zwei von ihm beobachtete und post mortem untersuchte Fälle von Herpes zoster. Der erste betraf einen 50jährigen Mann, der an Phthise zu Grunde ging und der 26 Tage vor seinem Tode einen bläschenförmigen Ausschlag in der rechten Schultergegend bekam, welcher sich nach vorn und hinten bis an die Mittellinie des Körpers ausbreitete. Hier fand sich das vierte Ganglion rechts verändert. Es lag nämlich an seiner Hinterfläche ein undurchsichtig weisslicher Heerd, der durch einen schmalen, schwachgelblichen Streifen von dem normalen Gewebe getrennt war. Dieser Heerd bestand wesentlich aus dicht gehäuften, stark verfetteten Zellen und in seinem Bereich sind die nervösen Bestandtheile sowie die Ganglienzellen fast völlig zerstört. In der schmalen trennenden Zone ist eine geringe Zelleninfiltration, aber eine reichliche Pigmentirung bemerkenswerth. Offenbar haben wir es hier mit den Ausgängen einer Entzündung eines Theiles jenes Ganglions zu thun, welches genau dem erkrankten Hautbezirke entspricht. Der zweite Fall betraf eine Frau, die einen Herpes im Bereich des achten und neunten linken Intercostalnerven aufwies. Sie starb an phthisischen Processen der Lungen, wobei die pleuritischen Veränderungen im linken Unterlappen am stärksten waren. Der Herpes war 9 Tage vor dem Tode aufgetreten. Das achte Ganglion links fand sich nun zu einem Drittel mit zahlreichen verfetteten Zellen durchsetzt, die besonders dicht in der Umgebung der Ganglienzellenhaufen lagen, und ausserdem war dieser veränderte Bereich von sehr erweiterten Blutgefässen durchzogen und mit umfangreichen Blutergüssen durchsetzt. Die von dem veränderten Gewebe eingeschlossenen Ganglienzellen sind ebenfalls, zum Theil fettig, degenerirt, und ebenso sind die Nervenfasern vielfach verändert. Das neunte Ganglion zeigte in geringerem Maasse die gleichen Veränderungen. Die Befunde in diesen beiden Fällen stimmen überein mit bisherigen Beobachtungen über Veränderungen von Ganglien mit zugehörigem Herpes. Im zweiten Falle durfte wohl der Process als fortgeleitet angesehen werden von der erkrankten linken Pleura auf die dicht unter ihr gelegenen Ganglien.

Die Veränderungen der Haut beginnen nach den Beobachtungen des Verf. im zweiten Falle mit Wucherung des Epithels, mit rückgängigen Metamorphosen der Epithelien und Lockerung ihres Zusammenhanges, die dann zu grösseren Trennungen und Ansammlungen von Sekret Veranlassung geben.

Zum Schluss führt Verf. noch zwei Fälle von Zoster an, in welchen die Hautveränderung sich anschloss an Kyphoscoliosen der Wirbelsäule und in welchen der Herpes entsprechend dem an der stärksten Krümmungsstelle der Wirbelsäule gelegenen Ganglion ausgebildet war.

Ribbert.

596. **Rosner** (Krakau), **Ueber Lungensyphilis.** (Przeglad lekarski 1881. Nr. 32, 33, 34, 35. polnisch.)

Aus dem auf der III. Aerzte-Versammlung in Krakau gehaltenen Vortrage des Verfassers entnehmen wir Folgendes:

Syphilitische Lungenerkrankungen treten nach Verf.'s Erfahrung nur in späten Stadien der allgemeinen Syphilisinfection auf. Schnitzlers Angabe, dass im frühen Stadium der Syphilis eine catarrhalische Bronchitis oder eine syphilitische catarrhalische Pneumonie auftreten kann, fand Verf. in keinem seiner Fälle bestätigt und hält dergleichen Vorkommnisse für zufällige von einander unabhängige Erkrankungen. Der syphilitischen Lungeninfiltration geht Wochen, auch Monate lang ein Catarrh der mittleren Bronchien voraus, begleitet von einem schweren Husten mit spärlichem Auswurf und (fast immer) einer mehr weniger schweren Athemnoth (sog. Asthma syphiliticum). Die Athemnoth hängt von syphilitischen Veränderungen in grösseren Bronchien ab und das Missverhältniss zwischen der gewöhnlich bedeutenden Intensität der Athemnoth und den Auskultationsergebnissen beweist schon in der Regel, dass das Asthma kein catarrhalisches ist. Die syphilitische Lungeninfiltration begleiten oder gehen ihr auch oft voraus syphilitische Infiltrate in der Bronchienwand, vornehmlich in der submukösen und muskulären Schichte, wodurch nicht nur die Bronchienwand verdickt und das Lumen verengt werden, sondern auch die Contractilität der Bronchialmuskeln beeinträchtigt wird; dies erklärt die Athemnoth.

In einem Falle mit hochgradiger und dominirender Athemnoth erwies die Section narbige Stenose des untersten Theils der Trachea und des rechten Bronchus, dessen Lumen bis auf nur 3 mm im Durchmesser verengt war; ausserdem schwielige Schrumpfung der Lungenspitzen.

Die syphilitische Affection tritt in den meisten Fällen in der rechten Lunge auf, wobei der mittlere Lappen durchaus nicht der prädilektirte ist, wie es gewöhnlich angegeben wird. Ueber dem Lungeninfiltrate fand Verf. gewöhnlich den Perkussionsschall stark gedämpft, die Auskultation ergab unbestimmtes In- und Exspirium, oft auch mittel- und grossblasige Rasselgeräusche; Bronchialathmen, klingende Rasselgeräusche und verstärkten Pectoralfremitus fand Verf. niemals. Die physikalische Untersuchung allein reicht für die Diagnose der Lungensyphilis nicht aus, sondern dieselbe muss sich aus allen, sowohl subjectiven als objectiven Symptomen und ihrer kritischen Sichtung ergeben.

Besonders müsse man bei der Diagnose achten:

1. Auf das Auftreten eines Infiltrates, gewöhnlich in der rechten Lunge, im späten Stadium der allgemeinen Syphilis.

2. Auf die in anderen Organen vorfindlichen frischen Veränderungen oder Spuren einer vorausgegangenen Syphilisinfection.

3. Auf den Catarrh grösserer Bronchien mit schwerem Husten und Athemnoth, die der syphilitischen Lungenerkrankung vorausgeht und dieselbe begleitet.

4. Auf die physikalischen Symptome eines Lungeninfiltrates mit starker Dämpfung, aber ohne ausgesprochene Consonanzerscheinungen.

Die physikalischen Symptome der syphilitischen Lungenaffection entsprechen in vielen Punkten denen einer chronischen interstitiellen Lungenentzündung.

5. Auf die Apyrexie und ruhigen Puls, oder wenigstens unbedeutende Fieberbewegungen.

6. Auf das seltene Vorkommen von Lungenblutungen.

Der Schluss ex juvantibus ist als unwissenschaftlich und trüglich nicht herbeizuziehen.

Smolenski (Ernsdorf i. Schlesien).

---

597. **Nothnagel, Zur Klinik der Darmkrankheiten.** (Zeitschrift f. klin. Medic. 1882. IV, p. 223.)

II. Abtheilung [1]).

Verf. betont zunächst, wie wichtig es sowohl in theoretischer Beziehung, wie für die Behandlung sei zu wissen, welcher Darmabschnitt von einer katarrhalischen Erkrankung ergriffen ist und erörtert die Frage, ob überhaupt auf einzelne Abschnitte beschränkte Darmkatarrhe vorkommen. Für Colon und Rectum ist diese Frage unbedingt zu bejahen, betreffs des Dünndarms sind die Ansichten getheilt.

N. gibt zu, dass auf den Dünndarm ausschliesslich beschränkte Katarrhe sehr selten sind, aber doch sicher vorkommen, dagegen gibt es sowohl Fälle, wo bei acutem Magenkatarrh der obere Dünndarmabschnitt mit leidet, als auch solche chronische Katarrhe des Jejunum-Ileum, wo der Process scharf mit der Bauhini'schen Klappe abschneidet; — weit häufiger freilich sind die Fälle, wo neben dem Dünndarm auch der Dickdarm ergriffen ist, letzterer jedoch in so geringer Intensität und Extensität, dass dessen Erkrankung im klinischen Bilde gar nicht zur Geltung kommt. Verfasser sucht nun mit Uebergehung der allbekannten Verhältnisse einige neue klinische Anhaltspunkte aufzustellen und einige andere aber unklarere zu erörtern, aus denen es ermöglicht wird, die Localisation der katarrhalischen Erkrankungen auf einzelne Abschnitte des Dick- und Dünndarms zu bestimmen.

Einen bedeutenden Factor bildet hierbei das Verhalten der Stühle und darunter:

a) der Schleim: Verf. stimmt mit der früheren Anschauung (Leube) überein, dass die Entleerung reinen Schleimes ohne Beimengung von Koth auf einen Katarrh des Mastdarms hinweist, fügt aber bei, dass dieser Schleim auch aus dem S. romanum und untern Colon descendens stammen kann. Die Einhüllung fester Kothballen im Schleim bezieht N. (entgegen andern Anschauungen) blos auf Entzündung des Rectum und untern Colon etwa bis zur Flexura lienalis,

---

1) Vergl. dieses Centralblatt II, p. 265.

während für die oberen Abschnitte des Colon andere Verhältnisse bestehen.

Eine ganz dünne Schicht Schleims auf einer umfänglichen Kothsäule weist an und für sich nicht auf einen wirklich katarrhalischen Zustand des Darms hin, während wenige und kleine mit Schleim überzogene Kothballen einen Katarrh des Colon und Mastdarm annehmen lassen; — dagegen kommt es auch vor, dass trotz starken chronischen Katarrhs in Rectum und Colon descendens mit beträchtlicher Schleimbildung der Stuhl nicht immer mit Schleim überzogen ist, da derselbe oft von sehr zäher Consistenz ist und ziemlich fest an der Schleimhaut haftet; — man darf somit nicht ohne Weiteres wegen mangelnder Schleimeinhüllung der Scybula einen chronischen Katarrh des untersten Dickdarmabschnittes ausschliessen.

Ein anderes Verhalten zeigen die Stühle bei Katarrhen des oberen Dickdarms; — Verfasser kommt dabei zu folgendem Schlusse: „Hyaline und mikroskopisch nachweisbare Schleimklümpchen mit dem festen und breiig festen Kothe innig gemischt, ohne makroskopisch sichtbaren Schleim, weisen auf Katarrh des oberen Dickdarms — ohne Betheiligung von dessen untern Abschnitten — bezw. des Dünndarms hin.“

Bei Katarrh des ganzen Dickdarms und Mastdarms bis hinauf zur Ileocöcalklappe, mit Freibleiben des Dünndarms, kommt es auch vor, dass die Dejectionen schmierig-dünnbreiig sind — dieselben sind dann innig durchmengt mit Schleim in kleinen Fetzchen, welche auch mikroskopisch hinlänglich erkennbar sind. — Vom blosen Katarrh des Rectum und Colon descendens unterscheiden sich diese Stühle durch die innige Mengung von Schleim und Fäcalmassen.

Eine innige Mengung von Koth und hyalinen Schleiminseln weist auf einen Katarrh des obern Dickdarms und untern Dünndarms hin. — Störungen in diesem Verhalten können bedingt sein durch schwere dyssenterische, bis zur Klappe hinaufreichende Dickdarmerkrankungen, wobei nur eitriger Schleim entleert wird, oder bei hochgradiger ulceröser Dyssenterie, wobei die Schleimbildung bis aufs Aeusserste reducirt ist, so dass davon im Stuhl nichts zu finden ist.

Die Frage, ob bei blosem Dünndarmkatarrh nur Schleim in besagter Form im Stuhl vorhanden sein muss, lässt N. offen, da Fälle von reinem Jejuno-Ileumkatarrh ohne Mitbetheiligung des obern Colon sehr selten sind und noch seltener zur Section kommen.

Die sog. Sagokornähnliche Form des Schleims, welche auf katarrhalisch-ulceröse Localisation im Dickdarm bezogen wird, hat N. nie gesehen und hat sie bei dyssenterischen Ulcerationen, wo sie am häufigsten vorkommen soll, stets vermisst.

b) der Gallenfarbstoff. Das wichtigste Ergebniss in dieser Beziehung ist, dass bei ganz gesundem Darm und unter Verhältnissen, welche keine Verstärkung der Dünndarmperistaltik annehmen lassen, fast immer schon oberhalb der Bauhini'schen Klappe, sicher aber dicht unterhalb derselben, die charakteristische Gmelin'sche Probe (Salpetersäurereaction auf Gallenfarbstoff) nicht mehr erzielt werden kann, da die Galle bereits im Dünndarm schon erhebliche Umsetzung erfährt.

Gallenpigmentreaction in den obern Partieen des Dickdarms bis zur Flexura coli hepatica und bis zum Ende des Colon transversum,

wie sie bisweilen bei der Leiche gefunden wird, ist im Leben nicht feststellbar und für die Diagnose daher ohne Bedeutung. — „Wenn dagegen typische Gallenpigmentreaction an den Dejectionen oder wenigstens an einzelnen Bestandtheilen derselben nachweisbar ist, dann würde man daraus auf eine pathologische Peristaltik im ganzen Dickdarm und im untern Dünndarm schliessen können, und je nach der sonstigen Beschaffenheit der gallig pigmentirten Theile blos auf vermehrte Peristaltik oder auf Katarrh des Dünndarms mit solcher."

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Gallenpigmentreaction entweder diffus durch den Stuhl gehen, oder an einzelnen Bestandtheilen haften kann, und in letzterer Beziehung ist von Wichtigkeit, klarzustellen, welche Bestandtheile in normalen Stühlen gallig pigmentirt und welche stets ungefärbt sind. Gelbfärbung durch Galle zeigen in normalen Stühlen: 1) Muskelfasern und deren Bruchstücke; 2) das in der ersten Abtheilung beschriebene Kalksalz, dessen Säure noch unbestimmt ist; 3) Hefezellen; 4) zuweilen Pflanzenbestandtheile; 5) amorphe Körnchen und Klümpchen, Detritusmassen, die wohl aus der Nahrung stammen.

Stühle, welche deutliche Gallenpigmentreaction geben, sind meistens dünnbreiig. — Ziemlich selten gibt ein Stuhl durchweg Gallenpigmentreaction — am meisten bei Enteritis acuta infantum —, erheblich viel seltener bei schweren Dyssenterieen Erwachsener, doch wurde sie hier seltener beobachtet, wie bei den wässerigen Entleerungen bei Typhus exanthematicus.

Weit häufiger bemerkt man pathologische Gallenbeimengung in einzelnen Partieen von festen, breiigen oder dünnflüssigen Stühlen und zwar ist es dann hauptsächlich der entweder isolirt auftretende oder mit Fäcalmassen gemischte Schleim, an dem das unveränderte Gallenpigment haftet.

Vielfältig kommt auch neben glasigem Schleim, der keine Gallenpigmentreaction gibt, solcher vor, der diese Reaction in ganz charakteristischer Weise darbietet; ersterer stammt aus dem Dickdarm, letzterer aus dem Dünndarm.

In allen Fällen von Gallenpigmentreaction des Schleimes im Stuhle konnte auch in der That bei tödtlich verlaufenden Fällen durch die Section eine katarrhalische Affection des Jejunum und Ileum nachgewiesen werden. — Ein Dünndarmkatarrh mit gesteigerter Peristaltik genügt jedoch allein nicht, um die Gallenpigmentreaction des Stuhles zu ermöglichen, es ist dazu noch eine rasche Fortbewegung des Inhalts durch den Dickdarm erforderlich, welche unter den in Rede stehenden Verhältnissen wohl ebenfalls auf katarrhalische Zustände zurückzuführen sein dürfte.

Da nun aber trotz bestehendem Dünn- und Dickdarmkatarrh die Gallenpigmentreaction fehlen kann, so sind zum Auftreten derselben noch folgende Bedingungen erforderlich:

1) Der ganze Dickdarm muss mehr oder weniger stark ergriffen sein, die vermehrte Peristaltik durch die ganze Länge desselben sich fortsetzen.

2) Der Katarrh muss mehr acut sein und mehrere Entleerungen in 24 Stunden veranlassen. — Bei chronischen Katarrhen trifft man

das Gallenpigment selten, höchstens an kleine Schleimkörner gebunden; was sich daraus erklärt, dass bei chronischen Katarrhen die Peristaltik gar nicht, oder nur ganz unerheblich gesteigert ist.

Auch Cylinderepithelien finden sich zuweilen gallig pigmentirt im Stuhle, die diagnostische Bedeutung derselben ist die gleiche, wie die des Schleims. Die Aufnahme des Gallenpigments in dieselbe geschieht schon im Dünndarm und zwar, wie anatomische Untersuchungen lehren, erst nach deren Abstossung von der Schleimhaut; Epithelien, die intra vitam festsassen und erst post mortem abgestossen wurden, zeigen keine Gallenpigmentreaction.

Unter denselben klinischen Verhältnissen finden sich ferner auch gallig gefärbte kleine Rundzellen von der Grösse der Eiterkörperchen und endlich, aber seltener, intensiv gallig-gelbgefärbte Fetttropfen.

c) Nahrungsbestandtheile: Der Versuch, das Vorhandensein von Nahrungsbestandtheilen in den Stühlen diagnostisch zu verwerthen, gründet sich auf die Thatsache, dass der Inhalt des Jejunum reichlicher mikroskopisch nachweisbare Nahrungsbestandtheile enthält als das Colon descendens. — Dahin zielende Untersuchungen einzelner Muskelfasern kommen, da sich stets solche in den kranken Stühlen finden, nur dann in Betracht, wenn die Menge derselben ausser allem Zweifel ganz erheblich gesteigert ist. — Dickdarmkatarrhe kommen dabei nicht in Frage, da die physiologischen Vorgänge in diesem Darmschnitt für die Muskelfasern nur von geringer Bedeutung sind. — Für den Dünndarm muss man zwischen Katarrh und vermehrter Peristaltik unterscheiden, ausserdem kommt auch in Betracht die durch irgend welche Bedingungen beeinflusste, mehr oder weniger mangelhafte Verdauung.

Das Ergebniss einer Reihe von Erörterungen dieser Frage ist folgendes: 1) Bei bestehendem Fieber lässt das Erscheinen von unverdauten Muskelresten im Stuhl gar keinen Schluss auf Dünndarmaffection zu. 2) Abnorme Muskelmengen können, ohne Fieber und Dünndarmkatarrh, erscheinen, sobald aus irgend einem Grunde die Peristaltik des Darmes verstärkt ist. 3) Trotz Dünndarmkatarrh braucht die Muskelmenge nicht vermehrt zu sein, sobald die Frequenz der Entleerungen nicht gesteigert ist. 4) Wenn kein Fieber besteht, oder bestimmte Symptome auf bestehenden Katarrh hinweisen und wenn dann abnorme Muskelmengen im Stuhl gefunden werden, nur dann kann man aus diesen letzteren mit Wahrscheinlichkeit auf einen bestehenden Dünndarmkatarrh schliessen.

Bezüglich der Stärke ist deren diagnostische Bedeutung für die Localisation der Prozesse wesentlich die gleiche, wie bei den Muskelfasern; — das Erscheinen reichlicher Mengen besonders wohlerhaltener Stärkekörner deutet auf eine noch energischere Darmperistaltik hin, als die Muskelfasern.

Das Fett in den Stühlen ist für die Localisation der Darmaffectionen von sehr geringem Werth. — Das Vorkommen desselben ist hauptsächlich abhängig von der Zufuhr; von der Function der Leber und des Pankreas. Anatomische Veränderungen in Folge von Dünn-

darmkatarrh oder Peristaltik beeinflussen nicht wesentlich die Resorption des Fettes.

Eine weitere Frage, die N. anregt, ist:

Ergibt die physikalische Untersuchung des Leibes zuverlässige Anhaltspunkte für die Localisation katarrhalischer Zustände?

Mehrfache Untersuchungen darüber ergaben nur dürftige Resultate. Verfasser kommt zu dem Schlusse:

a) dass die Auscultation für die Localisation katarrhalischer Prozesse im Darm nur wenig Bedeutung hat;

b) dass die Percussion noch weniger Ausbeute liefert;

c) bessere Anhaltspunkte liefert die Palpation: da jedoch diese Verhältnisse allbekannt sind, beschränkt sich Verf. auf die Besprechung des Druckschmerzes, welcher auf Betheiligung des Darmabschnittes schliessen lässt, der der schmerzhaften Stelle entspricht, und des Gurrens, welches das Vorhandensein von Gas und Flüssigkeit voraussetzt und von diagnostischer Bedeutung ist, wenn es über solchen Darmabschnitten erscheint, die normaliter festen Inhalt haben sollten, wie z. B. die Ileocöcalgegend.

In einer weiteren Frage, ob aus dem Indicangehalt des Urins für die Localdiagnose der Darmaffectionen sich etwas entnehmen lässt, kommt N. zu dem Schlusse, dass nach seinen bisherigen Erfahrungen dem Mangel oder der Vermehrung des Indicans keine erhebliche diagnostische Bedeutung für die Localisation der Darmkatarrhe beizumessen sei.

Engesser (Freiburg i. B.).

---

598. **E. Eckstein, Albuminurie bei acuten fieberhaften Krankheiten, insbesondere über die febrile Albuminurie.** Aus der Klinik von Leyden. (Deutsche Wochenschrift. 1881. Nr. 49.)

Verf. unterscheidet drei Arten der Eiweissausscheidung im Verlaufe fieberhafter Krankheiten. 1) Albuminurie bedingt durch acute Nephritis. 2) Die eigentliche febrile Albuminurie. 3) Albuminurie bedingt durch hochgradige Stauung im Venensystem. — Den bis jetzt aufgestellten Theorieen schliesst sich Verf. nicht an; es deuten nach E. alle Erscheinungen darauf hin, dass es sich bei der febrilen Albuminurie (was Leyden schon oft hervorgehoben hat) um eine abortive Form der acuten Nephritis, vielleicht hervorgerufen durch inficirende parasitäre Organismen oder durch phlogogene Wirkung gelöster, die Nieren passirender Giftstoffe handelt. Die acute infectiöse Nephritis und die febrile Nierenaffection sind demnach nur verschiedene Grade desselben Processes.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

---

599. **M. Weiss, Zur Kenntniss des Asthma uraemicum und zur Berechtigung einer Annahme desselben.** (Zeitschr. f. Heilkunde Bd. II, H. 1. 1881.)

Verf. glaubt, dass in sehr vielen Fällen von Asthma uraemicum, bei denen ein Grund für eine mechanische Erklärung nicht vorliege, eine Reizung des Athemcentrums, des Krampfcentrums (vielleicht in manchen Fällen auch noch anderer) durch die im Blut bei mangelhafter Eliminirung des Harnstoffs angehäuften Excretionsstoffe anzunehmen sei. Diese Annahme illustrirt Verf. durch mehrere genau beobachtete Fälle.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

600. **Hlava und Thomayer, Beiträge zur pathologischen Anatomie des Morbus Brightii.** (Zeitschr. f. Heilkunde Bd. II, H. V. 1881.)

Verf. halten nach ihren Untersuchungen folgende Schlüsse für zulässig. 1) Es kommt im Verlaufe von Nephritis (sowohl acuter als chronischer) nicht selten eine echte Gastritis interstitialis vor. — 2) Es ist nicht möglich den Nachweis zu liefern, dass Uraemie resp. andere von Nephritis abhängige Veränderungen die Ursache dieser Gastritis bilden. Möglicherweise hat die Gastritis mit den Nephritiden denselben Entzündungserreger gemein, doch ist es nicht möglich, hierüber präcise Angaben zu machen. — 3) In mehreren Fällen, in denen während des Lebens keine dyspeptischen Beschwerden beobachtet wurden, fanden sich keinerlei Veränderungen der Schleimhaut vor, es ist daher wahrscheinlich, dass manche im Verlauf von Nephritis vorkommende Dyspepsien Gastritis interstitialis als Ursache haben.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

601. **H. Quincke, Albuminurie nach Blutverlust.** (Deutsch. Arch. für kl. Medicin XXX. S. 398.)

Ein 33 jähriger Kutscher erkrankte eines Morgens plötzlich mit heftigem Blutbrechen, und erlag in der Nacht in Folge eines zweiten grösseren Blutverlustes. Ein nach dem Oesophagus perforirendes Aortenaneurysma ergab sich als die Ursache der Blutungen. Der wenige Stunden vor dem Tod gelassene Harn war stark eiweisshaltig und enthielt hyaline hie und da mit Rundzellen besetzte Cylinder. Die macroscopische und microscopische Untersuchung der Nieren ergab nichts pathologisches.

Eine Erklärung dieser Albuminurie sieht Q. in Uebereinstimmung mit Fischel (S. d. Centralbl. 1881. Ref. 369) in der plötzlichen Herab-

setzung des Blutdrucks. Die Albuminurie kann dabei entweder durch Ernährungsstörungen der Nierenepithelien zu Stande kommen, oder das durch die Nieren filtrirende Eiweiss werde von den plötzlich in das Blut diffundirenden Gewebsäften geliefert, die anderweitige die Nieren reizende Stoffe enthalten können.

Hindenlang.

602. **H. Kowalski** (Tarnow), **Ueber den Nutzen des Apomorphin in der Pneumonie.** (Przeglad lek. 1881. Nr. 39. polnisch.)

Verf. wandte das Apomorphin bei 35 Lungenkranken an, unter denen 20 an catarrhalischer, 8 an croupöser Pneumonie und 7 an acuter Bronchitis litten. Bei Säuglingen wurde das Medicament 0,01 auf 200,0 aqu., alle 2 Stunden 1 Kaffeelöffel, bei Erwachsenen 0,04 —0,05 auf 200,0 aqu. Esslöffelweise verabreicht. Um dem Auftreten von Muskelparese vorzubeugen, gab Verf. seinen Patienten gleichzeitig entsprechende Dosen Wein. Bei solcher Verabreichungsweise erwies sich das Apomorphin als sehr wirksames Expectorans, ohne irgend einmal unangenehme Nebensymptome hervorzurufen. Seine Wirkung bezieht Verf. auf die Beeinflussung der Contractilität der Bronchialmuskeln und ist geneigt das Apomorphin den Alkalien deshalb vorzuziehen, da dasselbe, besonders wenn es mit etwas Salzsäure verabreicht wird, die Alkalescenz des Blutes nicht erhöht und das Bronchialsecret nicht verflüssigt. Von den 35 mit Apomorphin behandelten Fällen verlief nur 1 Fall letal und zwar ein 1 $^1/_2$ jähr. Kind, bei dem sich während der Dentition eine beiderseitige Lungenentzündung entwickelt hatte. Verf. glaubt, dass das Apomorphin als Expectorans eine ausgebreitetere Anwendung verdiene, als es bis dahin geschehen.

Smolenski (Ernsdorf i. Schlesien).

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 10. Februar. Nro. 45.

603. **L. Güterbock, Der Gesundheitszustand der Maschinisten der Berlin-Anhaltischen Eisenbahn.** (Deutsche Vierteljahrsschr. f. öff. Gesundheitspfl. 1882. XIV. 156—172.)

Im Auftrage der Berlin-Anhaltischen Eisenbahngesellschaft hat der Vf. sämmtliche in deren Diensten befindliche Maschinisten (Führer und Heizer) zunächst auf ihr Hörvermögen, sodann auf ihre Sehkraft, ihr Allgemeinbefinden, schliesslich bezüglich der von Rigler neuerdings aufgestellten, den Locomotivführern eigenthümlichen, professionellen Krankheit untersucht.

I. Moos (Heidelberg) war zu dem Resultate gekommen, dass bei Locomotivführern und Heizern bald früher, bald später eine Erkrankung des Gehörorgans mit bedeutender Verminderung der Hörschärfe durch die Ausübung ihres Berufes sich ausbildet. Dies wird, wie schon früher durch die auf der Niederschlesisch-Märkischen Eisenbahn angestellten Untersuchungen (Schwabach und Pollnow), so neuerdings durch den Verf. bestätigt. Er fand unter 108 Locomotivführern bei ca. 20 %, unter 74 Heizern bei ca. 7 % das Hörvermögen

mehr oder minder verringert. Hierbei ergab sich, dass der Prozentsatz der Schwerhörigen mit dem Dienstalter zunimmt; unter den 15—20 Jahre im Dienste Gestandenen waren 32%, unter den noch Aelteren über 50% schwerhörig. Als Ursache will der Verf. die grellen und complicirten Geräusche in der Umgebung der Maschinisten nur für einzelne Fälle gelten lassen; meistens schien die Ohrkrankheit (in fünf specialistisch untersuchten Fällen fanden sich dreimal chronisch-katarrhalische Entzündung der Paukenhöhlenschleimhaut, zweimal Residuen von Entzündungen des Mittelohrs) von einem Nasen- und Rachenkatarrh auszugehen. Dem von Moos aufgestellten Satze, dass diese erworbene Schwerhörigkeit mit Rücksicht auf die Signalordnung gefährlicher erscheine als die Farbenblindheit, kann Verf. ebenso wenig wie Schwabach und Pollnow zustimmen. Bei Befolgung der Signalordnung habe der Maschinist sich fast allein auf sein Auge zu verlassen; die akustischen Signale würden hinlänglich durch optische unterstützt, so dass Locomotivführer und Heizer zur Ausübung ihres Berufes vollkommen ausreichend hörten, so lange sie einer Unterhaltung in gewöhnlicher Sprechweise folgen könnten.

II. Bei Untersuchung der Augen der 182 Maschinisten fanden sich bei zehn abnorme Verhältnisse: einmal grauer Staar auf einem Auge; einmal Conjunctivitis mit normaler Sehschärfe; bei acht Leuten war das Sehvermögen (Prüfung mittels der Schweigger'schen Probe) unter der Norm; doch erkannten 6 von diesen die optischen Telegraphen- und Weichensignale vollkommen gut, zwei nur mangelhaft, welche letztere wie der Staarkranke vom Dienste suspendirt wurden. — Verf. verlangt alljährliche Untersuchung der Augen des Maschinenpersonals.

III. Verf. rechnet (wie auch Hirt) die Maschinisten trotz des anstrengenden Dienstes zu der gesundesten Klasse von Eisenbahnbediensteten. Zum Beweise bringt Verf.

1. Angaben über die Anzahl der bisherigen Erkrankungen unter dem untersuchten Personal bei. Von den 182 Leuten waren 120 ein- oder mehreremal erkrankt gewesen: 78 Führer im ganzen 240 mal, 42 Heizer 81 mal. Da sich aber die Dienstjahre sämmtlicher Führer und Heizer auf über 1700 Jahre summirten, so berechnete sich eine Erkrankung auf 5 bis $5^1/_2$ Dienstjahre eines Maschinisten.

2. Den gegenwärtigen allgemeinen Gesundheitszustand betreffend, äusserten 22 (von 182) Maschinisten verschiedenartige Beschwerden; von diesen hatten mehr als die Hälfte eine mehr als fünfzehnjährige Dienstzeit zurückgelegt.

3. Von dem seit Gründung der Eisenbahn pensionirten Locomotivpersonal — 29 Personen — hatten 21 ein Dienstalter von mehr als 15 Jahren erreicht; von den übrigen acht waren wenigstens drei wegen solcher Krankheiten pensionirt, die sicher nicht durch den Dienst hervorgebracht waren. Ueberhaupt war ein grosser Theil der behufs Pensionirung angeführten Krankheiten nicht oder wenigstens nicht direkt durch den Locomotivdienst veranlasst worden.

4. Von den 20 während der Dienstzeit Verstorbenen waren 12 länger als 15 Jahre im Dienste gewesen, 5 weniger als 10 Jahre. Von den Todesursachen konnte ein beträchtlicher Theil nicht in Connex mit dem Dienste gebracht werden.

IV. Nach den Beobachtungen von Rigler ist der Beruf des Maschinenpersonals ein besonders consumirender und führt relativ frühzeitig Invalidität herbei; diese letztere werde zumeist bedingt durch eine Irritation der Nervencentra, in welcher recht eigentlich die professionelle Krankheit dès Maschinenpersonals bestehe. Den Zahlen Rigler's stellt der Verf. die eigenen gegenüber, welche ihm beweisen, dass diese Schlussfolgerungen nicht zutreffen. Insbesondere hat der Verf. sich von der Existenz der von R. beschriebenen professionellen Krankheit nicht überzeugen können; unter den acht von R. selbst angeführten Fällen (mit einer Dienstzeit von 22—40 Jahren), in welchen wegen „Irritation der Nervencentra“ die Pensionirung erfolgte, war dreimal heftiger Schreck die Veranlassung der Krankheit gewesen; es bliebe somit eine zu kleine Anzahl von Fällen übrig, um hieraus die professionelle Maschinistenkrankheit abzuleiten. Unter den vom Vf. untersuchten pensionirten Maschinisten fand sich keiner, der das von R. geschilderte Krankheitsbild geboten hätte; von den im Dienste befindlichen hatten aber nicht wenige, insbesondere ältere, Beschwerden, welche als Zeichen von Uebermüdung (Schwäche, Schwere, Zittern der Beine; Kreuzschmerzen; Aufregung, Schlaflosigkeit) aufzufassen waren. Diese Erscheinungen schwinden wieder nach gepflogener Ruhe. Sie sind, wie der Verf. sagt, zwar ohne Zweifel auf eine Reizung der Nervencentra zu beziehen. Da aber jede Thätigkeit den Körper mehr oder minder ermüde, so müsse er dagegen Verwahrung einlegen, die obigen Erscheinungen als professionelle Maschinistenkrankheit zu bezeichnen.

Wolffberg.

---

604. **Guelliot, Note sur deux cas d'ataxie locomotrice chez des ouvrières travaillant à la machine à coudre.** Bemerkungen über 2 Fälle von Tabes bei Arbeiterinnen an der Nähmaschine. (L'Union méd. 1882. Nr. 2 und 4.)

Die Fälle betreffen 2 Frauen im Alter von 28 und 34 Jahren. Beide stammen aus neuropathisch belasteten Familien, haben an Hysterie gelitten und seit vielen Jahren täglich 10—12 Stunden an der Nähmaschine gearbeitet. Bei beiden hat das Leiden mit blitzartigen Schmerzen in den Füssen angefangen, welche sich allmählich auf die Unter- und Oberschenkel, dann auf den Rumpf erstreckten; bei Beiden hatte die Krankheit also einen von der Peripherie zum Centrum fortschreitenden Charakter. Erst 9 resp. 11 Jahre nach Beginn des Leidens zeigten sich die Symptome der Ataxie und Störungen der Sensibilität etc. Bezüglich der Einzelheiten des Stat. praesens bei der Aufnahme ins Hospital muss auf das Original verwiesen werden; dieselben waren derart, dass nach G. die Diagnose der Tabes unzweifelhaft war. Bei beiden trat Besserung ein bei vollständiger Bettruhe, dem Gebrauch von Douchen

und Schwefelbädern und der Darreichung von 2 gr Bromkali pro die, in dem einen Fall vorübergehend, da die betreffende Pat. sich zu früh der Behandlung entzog, in dem andern dauernd.

Verf. erwähnt die Seltenheit der Tabes beim weiblichen Geschlecht und bespricht dann die Pathogenese des Leidens in den vorliegenden Fällen. Da bei keiner der beiden Kranken syphilitische Symptome zu constatiren waren, so unterliegt es nach ihm keinem Zweifel, dass die Ursache in der anhaltenden Beschäftigung an der Nähmaschine zu suchen ist. Er stellt die darauf bezüglichen Angaben verschiedener Autoren aus der Literatur zusammen, referirt über einen von Topinard beobachteten Fall eines Holzdrechslers, der an Tabes erkrankt war und bei dem die ersten Symptome des Leidens in dem bei der Arbeit vorzugsweise thätigen Beine auftraten und erinnert an die Häufigkeit der Tabes bei Personen, welche ihre unteren Extremitäten viel anzustrengen gezwungen sind, z. B. bei Scheerenschleifern und Briefträgern. Sodann erörtert er die Art und Weise, wie er sich die Entstehung der Tabes durch die Arbeit an der Nähmaschine denkt. Er legt weniger Gewicht auf die dabei zuweilen stattfindende sexuelle Erregung, welche Lecaisne bei 335 an der Nähmaschine arbeitenden Frauen nur 68 mal constatiren konnte. Die von G. beobachteten Kranken hatten an Maschinen gearbeitet, welche mit beiden Füssen getreten werden mussten; die eine hatte dabei niemals geschlechtliche Reizungen verspürt, bei der andern, welche überhaupt in venere excedirt zu haben zugab, war dies zuweilen der Fall gewesen. Ebenso wenig glaubt G., dass der fortwährende Contact der Füsse mit den kalten metallenen Trittvorrichtungen von Einfluss gewesen ist, da die Füsse durch ihre Bekleidung gegen die Einwirkung der Kälte hinlänglich geschützt seien. Dagegen ist er der Ansicht, dass die zitternde Bewegung der Füsse bei der Arbeit Erschütterungen des Rückenmarks hervorruft, welche trotz ihrer Geringfügigkeit durch die stete Wiederholung Circulationsstörungen und entzündliche Veränderungen verursachen. Als Beweis führt er die gute und rasch eintretende Wirkung der Behandlung an, bei welcher er das Hauptgewicht auf die vollständige Ruhe der unteren Extremitäten legt. Er kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Bei dazu disponirten Frauen, besonders bei Hysterischen, scheint die Arbeit an der Nähmaschine in gewissen Fällen die Gelegenheitsursache zur Entstehung von Tabes dorsalis zu sein.

2. Die Symptome beginnen in den unteren Extremitäten und zeigen einen aufsteigenden Typus. Die blitzartigen Schmerzen durchziehen die Glieder in der Richtung von unten nach oben.

3. Die Ruhe führt ziemlich rasch zur Besserung, welche dauernd sein kann.

4. Die Arbeit an der Nähmaschine scheint weniger durch die dabei entstehende Reizung der Sexualorgane, als durch die, sich zum Rückenmark fortpflanzende Erschütterung schädlich zu wirken.

5. Die continuirliche Bewegung der unteren Extremitäten ist für die Arbeiterinnen gefährlich. Man sollte daher für die Bewegung der Nähmaschinen einen mechanischen Motor einzuführen suchen.

Brockhaus (Godesberg).

605. **Frölich, Ueber Meningitis cerebro-spinalis.** (Wiener Klinik. März 1881.)

Der Schwerpunkt dieser auf Grund der neuesten Beobachtungen und Erfahrungen basirenden klinischen Studie liegt in dem Versuche, in das bis jetzt noch dunkle Kapitel der Aetiologie der in Rede stehenden Krankheit neue Gesichtspunkte hineinzutragen, von deren eingehenderem Studium sich vielleicht weitere Aufklärung erwarten lässt. Fr. beobachtete Ende 1879 und Anfang 1880 in der Garnison Leipzig 6 Fälle, von denen 4 tödtlich verliefen. Aus den Sektionsbefunden werden neben den bekannten Erscheinungen besonders hervorgehoben die wiederholten Vergrösserungen der Pacchionischen Granulationen und die mehrmals beobachteten Blutaustritte in die Häute des Rückenmarks. Was den klinischen Verlauf anbelangt, so möchte Fr. vermuthen, dass es bei gehöriger Controle vielleicht in allen Fällen gelingen würde, ein Vorläuferstadium festzustellen. — Alle Symptome deuten darauf hin, dass die Cerebrospinalmeningitis eine konstitutionelle Krankheit eigener Art ist; trotz ihres häufigen Vorkommens in Kasernen und Massenwohnungen muss sie angesichts ihres häufigen sporadischen Auftretens, ihrer meist locker durch die Bevölkerung verstreuten Opfer und, weil bis jetzt noch kein Fall von Ansteckung mit Sicherheit constatirt worden ist, mit Wahrscheinlichkeit zu den nichtansteckenden Krankheiten oder wenigstens zu denen, bei welchen die Ansteckung ein Ausnahmevorgang ist, gerechnet werden. Im Gegensatz zu den früheren Autoren und gestützt auf seine örtlichen Beobachtungen warnt Fr., die Bodenverhältnisse ausser Beachtung zu lassen und glaubt sich zu der Annahme berechtigt, dass die Cerebrospinalmeningitis in ihrer Entstehungsweise grosse Aehnlichkeit mit dem Wechselfieber zeigt und wahrscheinlich zu den Sumpfkrankheiten gezählt werden darf. Mit Wahrscheinlichkeit handelt es sich um eine organische Krankheitsursache, welche unter ähnlichen Luft- und Bodenverhältnissen sich entwickelt, wie der Wechselfieberpilz; die sprungweise Verbreitung der Krankheit, ihr Auftreten auf beträchtlichen Höhen lässt sich als die Folge einer grössern Leichtigkeit der Sporen denken. Die Cerebrospinalmeningitis gehört also zu den verschleppbaren Infektionskrankheiten, die Krankheitsursache wird durch die Luft fortgeführt oder von jedem anderen geeigneten Träger, z. B. den gesunden Menschen, verschleppt. Die auffällige Thatsache, dass unter den Soldaten besonders Rekruten betroffen werden, wird dadurch erklärt, dass der Rekrut in gewissem Sinne ein Ansiedler ist, der bei der veränderten Lebensweise an einem neuen Wohnsitze allen den örtlichen Erkrankungsgefahren ausgesetzt ist, gegen welche ein längerer Aufenthalt schützt. Aehnlich erklärt sich die Häufigkeit der Krankheit bei Handwerksburschen.

Peretti (Andernach).

606. **Fritsch, Allgemeine Diagnostik des Irreseins.** (Wiener Klinik, August 1881.)

Ohne wesentlich Neues zu bringen, entwickelt Verf. die allgemeinen Symptome des Irreseins, ausgehend von der Thatsache, dass „wir im Irrsinn den Ausdruck pathologischer Vorgänge in der Grosshirnrinde, also eine wirkliche Krankheit des Gehirns vor uns haben“. Nicht aus dem blossen Zusammentreffen von Störungen der sogenannten psychischen Funktionen allein darf man mit Sicherheit eine Geistesstörung annehmen, es bedarf stets der Ergänzung durch die etwa vorhandenen, auf Erkrankungen des Centralnervensystems zu beziehenden körperlichen Zeichen, sensible, motorische, trophische Störungen und Degenerationsmerkmale. Da eine gewisse Gesetzmässigkeit zwischen den Krankheitsbildern und ihren Ursachen besteht, so sind auch die ätiologischen Verhältnisse, vor Allem die Momente hereditärer Belastung und neuropathischer Disposition, nicht ausser Acht zu lassen. Mit Recht wird die Nothwendigkeit des strengen Individualisirens bei jedem Krankheitsbild für die Diagnose hervorgehoben; die klinische Beobachtung der charakteristischen Verlaufsverhältnisse der Geistesstörung ist sowohl für die Einreihung des Falles in eine der durch die Erfahrung begrenzten Formen, als auch für die specielle Beurtheilung des vorliegenden Krankheitsbildes nicht zu umgehen. Daraus folgt, dass der klinische Unterricht in der Psychiatrie ein dringendes Postulat der ärztlichen Bildung ist.

Zum Schluss gibt Verf. eine schematische Anleitung für das diagnostische Verfahren in einzelnen Irreseinsfällen.

Peretti (Andernach).

---

607. **Max Meyerhof** (Berlin), **Ueber eine seltene Form einer Magenneurose.** (Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 52. 1881.)

Patientin, eine etwas anämische 30 1/2 jährige Frau, die mit 17 Jahren menstruirt wurde und 2 mal abortirt hat, hat vor 2 1/2 Jahren zum ersten Mal an einem fünf Tage dauernden fast ununterbrochenen Erbrechen gelitten, ohne dass Indigestionsstörungen nachweisbar waren. Epigastrium eingezogen, gegen Druck empfindlich, Schmerz nach Rücken und Schulterblättern ausstrahlend. Stuhlgang retardirt. Urin blass ohne Albumen, Temperatur normal, Puls frequent. Herz, Lungen, Leber, Milz normal. Nie Bluterbrechen. Kein Tumor. Alle erdenkbaren Mittel ohne Erfolg mit Ausnahme von subcutanen Morphiuminjectionen in relativ grossen Dosen. Nach fünf Tagen Aufhören des Erbrechens, rasche Euphorie. Nach einigen Monaten vollkommenen Wohlseins Wiederholung des Anfalls, der insofern schlimmer war, als alle Symptome viel heftiger auftraten. Intervalle zwischen den durch Monate fortdauernden Anfällen von acht Tagen bis drei Wochen. Einzelne An-

fälle, in denen das Erbrechen bis zu 10 Tagen anhielt. Die Nahrungsaufnahme ohne wesentlichen Einfluss auf die Entstehung der Anfälle; Gemüthsbewegungen dagegen entschieden schädlich. Stets während der Anfälle heftige Obstipation. Im Juli 80 Sommeraufenthalt in Charlottenbrunn. Milch-Diät. 2 Becher Carlsbader Milchbrunnen. Wohlbefinden bis November. Dann durch acht Monate höchstens acht Tage hintereinander ohne Anfall, dagegen Anfälle von 10—12 tägiger Dauer. Grosse Morphiumdosen subcutan bis 0,25 pro die. Seit Juli 81 plötzliches Aufhören.

Trotz der sehr geringen Nahrungsaufnahme und der langen Dauer der Anfälle nur geringe Abmagerung und rasche Zunahme der Kräfte nach Beendigung der Anfälle.

Das Erbrochene reagirt zuerst stark sauer, dann werden colossale gallige Massen erbrochen. Microscopisch nichts Abnormes nachweisbar.

Das Ende der Anfälle war meist durch einen tiefen Schlaf markirt, aus dem Patientin mit dem Gefühle des Wohlbehagens erwachte.

Nach Anfällen Polyphagie, ohne dass nachweisbar durch die Menge oder Qualität der Nahrung Schaden angerichtet worden wäre.

Alle erdenkbaren Mittel waren während des Anfalls ohne Erfolg, lediglich Morphium brachte das Erbrechen für Stunden zum Aufhören und milderte die sehr heftigen Schmerzen. — Bei leichten Anfällen Senfteig in die Magengegend, Saturat. citric. mit Tr. aromat. et tinct. nuc. vomic. und 2 stündlich 2 Tropfen Tr. cannab. indic.

Von wesentlichem Werth scheint die Diätstrenge zu sein, die seit Juli 81 angewandt wird; ebenso ist die Bekämpfung der Obstipation von Erfolg — auf wie lange, wird erst die Zukunft lehren müssen.

Die Diagnose einer Neurose ist per exclusionem gestellt, da bei der Anwesenheit eines ulcus bei dem heftigen Erbrechen Blutspuren sich hätten zeigen müssen, und gegen einen Tumor, abgesehen von der Unmöglichkeit einen solchen zu fühlen, das auffällige Wohlbefinden nach dem Anfall sprach; auch für abnorme Gährungsvorgänge war kein Anhaltspunct gegeben; sowie die gute Verdauungsfähigkeit in anfallsfreier Zeit eine tiefere Läsion der Magenschleimhaut ausschliessen liess.

Schmid (Reichenhall).

608. **Lussana, Sulla glicogenesi epatica, ricerche fisio-pathologiche.** Physiologisch-pathologische Untersuchungen über die Zuckerbildung in der Leber. (Ann. univ. di med. e chir. 1881, Heft 11.)

L. bekämpft die Ansicht Cl. Bernard's, dass in der Leber unter normalen Verhältnissen Zucker vorkomme und dass die Zuckerbildung eine physiologische Function der Leber sei. Untersucht man nach der von ihm näher beschriebenen Methode frische, dem lebenden Thier entnommene Lebern, so ergibt die Trommer'sche Probe stets ein negatives Resultat. Der von Cl. Bernard gefundene Zucker ist nach

Verfasser durch Zersetzungsvorgänge post mortem gebildet. Dagegen enthalten die Leberzellen einen stärkemehlartigen Körper, der bezüglich seiner Reaction gegen Jod (violette Färbung) dem vegetabilischen Inulin gleiche und der mit der glykogenen Substanz Cl. Bernard's identisch ist. Dieser Stoff ist kein Produkt der physiologischen Function der Leber, sondern zugleich mit den Eiweisskörpern ein integrirender Bestandtheil der Leberzellen, in welchen er etwa ein Dritttheil der sie zusammensetzenden festen Stoffe ausmacht. Er findet sich auch in den secernirenden Organen vieler Pflanzen, in den Organen niederer Thiere und in den meisten embryonalen Geweben der höheren Thiere und des Menschen. Durch verschiedene Fermente (Speichel, Diastase etc.) wird er in Zucker übergeführt. Ein ähnlich wirkendes Ferment bildet sich im Leberblute post mortem, sowie während des Lebens durch die verschiedensten Einflüsse, welche auf neuroparalytischem Wege Blutstauungen in den Organen des Unterleibs, speciell der Leber hervorrufen. So durch die Piquure und andere Verletzungen des Gehirns und Rückenmarks, bei denen die Nn. splanchnici in Mitleidenschaft gezogen werden, durch Injection von Chloroform, Aether oder Alkohol in einen Ast der Vena porta u. dergl. Die Umwandlung des Leberglykogens in Zucker kommt also nur unter pathologischen, nie unter physiologischen Bedingungen zu Stande. Zum Beweise für die Richtigkeit dieser Ansicht führt Verf. eine Reihe eigener Experimente an, theils stützt er sich auf verschiedene Versuche von Cl. Bernard selbst; die Details sind im Original nachzusehen. Bemerkenswerth ist, dass durch langdauernde fieberhafte und auszehrende Krankheiten der Glykogengehalt der Leber vollständig schwindet, so dass nach dem Tode sich kein Zucker in der Leber bilden kann, ferner dass Kälte die Einwirkung des Ferments aufhebt. In den Leichen Erfrorener findet sich daher kein Zucker in der Leber, wohl aber ist dies der Fall, wenn dieselben kurze Zeit hindurch einer höheren Temperatur ausgesetzt waren, indem sich dann nachträglich das Glykogen in Zucker umwandelt. Das Fehlen des Zuckers in der Leber kann daher in Fällen von zweifelhaftem Erfrierungstod eventuell diagnostisch verwerthet werden. Verf. bespricht sodann das Vorkommen von Zucker in Blut und Lymphe und erörtert die quantitativen Verschiedenheiten des Zuckergehalts im arteriellen und venösen Blut und in dem Blut der verschiedenen Körperorgane. Der Blutzucker stammt nach ihm aus dem Stärkemehl und dem Zucker der Nahrung, eventuell auch aus der Leber, falls irgend einer der oben besprochenen Einflüsse, wenn auch nur temporär, eingewirkt und die Bildung des specifischen, das Glykogen in Zucker umwandelnden Fermentes im Blute der Leber verursacht hat. Der Blutzucker wird hauptsächlich in den Lungen, theilweise aber auch in den Muskeln, den Nieren, der Milz, dem Gehirn etc. verbrannt, und dient als Kraft- resp. Wärme erzeugender Stoff. Erreicht der Gehalt des Blutes an Zucker eine gewisse Höhe (3 pro Mille), so kann er in der besprochenen Weise nicht mehr eliminirt werden und erscheint im Urin. Zum Schluss entwickelt Verf. seine Ansichten über den Diabetes. Will man in jedem Fall, wo Zucker im Harn nachzuweisen ist — was sowohl nach übermässig zuckerreicher Nahrung als auch nach temporärer Einwirkung einer der oben genannten pathologischen Bedingungen

der Fall ist — von Diabetes sprechen, so ist derselbe eine sehr häufige Krankheit. Bei dieser Auffassungsweise wird man auch eine Menge von Heilungen durch entsprechende Diät, Opium, Tannin, Acid. lactic. etc. constatiren können. Der wirkliche Diabetes nach der Ansicht des Verf. ist eine seltene und unheilbare Krankheit. Es handelt sich dabei nicht allein um Auftreten von Zucker im Harn, als Folge der Umsetzung des Leberglykogens in Zucker, sondern die gleichzeitig beobachtete excessive Vermehrung der im Urin ausgeschiedenen N-haltigen Producte der regressiven Metamorphose zeigt deutlich, dass das Wesen der Krankheit in einer tiefen Alteration und Decomposition sämmtlicher Gewebe des Körpers besteht. „Der Diabetiker zeigt nicht eine über die Norm gesteigerte, physiologische Function; er ist ein dem Tode geweihtes Individuum, theilweise schon eine Leiche, da in ihm ein Leichenphänomen in die Erscheinung tritt.“ Die Versuche, durch eine vollkommen zucker- und stärkmehlfreie Kost den Diabetes zu heilen, sind daher nutzlos und quälen den Kranken unnöthiger Weise; sie bessern seinen Zustand nicht, sondern maskiren nur ein äusseres Symptom, und nicht einmal das wichtigste. Den Beweis für diese letzte Behauptung sucht Verf. in der Thatsache, dass gegen das Ende des Lebens oft kein Zucker mehr im Urin des Diabetikers erscheint, während die Ausscheidung N-haltiger Stoffe bis zum Tode erhöht bleibt.

Brockhaus (Godesberg).

609. **P. Strübing, Paroxysmale Hämoglobinurie.** (Deutsche med. Wochenschrift. 1881. No. 1.)

Verf. beschreibt einen Fall von Hämoglobinurie, in dem sich als ätiologisches Moment fast regelmässig aussergewöhnliche körperliche Anstrengungen nachweisen liessen. Bisweilen schien ein Anfall nach reichlichem Alkoholgenuss oder Gemüthsbewegungen unangenehmer Art zu erfolgen; oft fehlte jede nachweisbare Schädlichkeit. Der hämoglobinhaltige Urin wurde immer am frühen Morgen entleert, die Blutuntersuchung ergab, da die Untersuchung nur Morgens angestellt wurde, nur geringe Veränderungen (Poikilocythen, sehr blasse, unregelmässige, gezackte Blutkörperchen, einmal leicht röthlich gefärbtes Plasma). Verf. versucht den pathologischen Vorgang in vorliegendem Falle folgendermaassen zu erklären. Nach Landois bringen gewisse Agentien, die noch nicht im Stande sind, das mit den andern Gasen (O und CO) geschwängerte Blut zu lösen, in CO_2-haltigem Blute schon momentan eine vollendete Lackfarbe hervor. Ist nun in Folge einer Erkrankung der blutbildenden Organe die Widerstandsfähigkeit der rothen Blutkörperchen eine geringere, so wird ein starker CO_2-Gehalt des Blutes, und dieser wird ja durch sehr starke Muskelarbeit hervorgerufen, möglicherweise die widerstandsloseren Blutkörperchen auflösen können. — Landois hat ferner die Entstehung von Faserstoff aus dem Strome

der rothen Blutkörperchen nachgewiesen. Auf dieses Factum führt Str. einzelne im vorliegenden Fall beobachtete Symptome (Athemnoth, Durchfälle) zurück, und zwar denkt sich Verf. die Erscheinungen hervorgerufen durch kleine Gefässverstopfungen mit Stromafibrin und dadurch bedingte Circulationsstörungen.

Beigefügt ist der Arbeit eine Tabelle, die die Resultate der Urinuntersuchung angiebt; als bemerkenswerth hebt Verf. den starken Indicangehalt des Urins hervor.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

610. **F. Neumann** (Carlsruhe), **Ueber das primäre Nierensarkom.** (D. Arch. f. kl. Med. XXX. S. 377.)

Bei der Mittheilung einer eigenen Beobachtung eines Falles von primärem Nierensarkom nimmt Verf. Veranlassung, die analogen Fälle aus der Literatur zusammenzustellen.

Seine eigene Beobachtung betrifft ein $5^3/_4$ Jahre altes schwächliches Mädchen, welches November 1879 unter den Erscheinungen einer peritonitischen Reizung acut erkrankte. Im Dezember liess sich eine kindskopfgrosse Geschwulst in der L. Bauchseite constatiren, welche bis zum Sommer 1880 rasch an Grösse zunahm. Im Juni maass der in seiner L. Hälfte besonders stark hervorgetriebene und mit Venennetzen durchzogene Bauch 73 cm; im Dez. 1880 war der grösste Umfang auf 87 cm gewachsen. In der Gegend des Quadratus lumborum L. zeigte sich eine deutlich fluctuirende Hervorwölbung, später fand sich, von der ersten durch resistentes Gewebe getrennt, eine zweite fluctuirende Hervorragung. Die Haut an diesen Stellen war ebenfalls von erweiterten Venen durchzogen. Eine Explorationspunction förderte kleine Gewebsstückchen zu Tage, welche als Spindelzellensarkom bestimmt wurden. Die Untersuchung der Leber, Lungen, des Herzens ergaben negative Resultate. Keinerlei Drüsenanschwellung, Harn stets frei von abnormen Bestandtheilen. Unter allmähligem Verfall der Kräfte, Auftreten von Oedem, Zunahme von Athembeschwerden erfolgte 21. Febr. 1881 der Tod unter den Erscheinungen von Lungenödem.

Die Section zeigte zunächst starke Verdrängung des Magens und der Milz, welch letztere in der Linea alba der Geschwulst aufsass. Die Geschwulst, von den seitlich gelegenen Organen leicht zu trennen, ist nach hinten durch cystische Erweichungs-Herde mit der hintern Bauchwand fester verwachsen, wodurch eine Trennung nur unvollständig gelingt. Mit Ausnahme dieser Partieen ist die Geschwulst von einer starken fibrösen Kapsel überzogen. Der Tumor ist mannskopfgross und ca. 12—14 Pfd. schwer. Der seitlichen Brustwand entsprechend sitzt pilzartig ein ca. 12 cm langes, 10 cm breites bräunliches schwammiges Gebilde dem Tumor auf, welches N. für den Rest der plattgedrückten Niere oder Nierenbeckens ansieht. Die Masse der Neubildung ist vielfach mit grösseren und kleineren cystischen Hohlräumen

durchsetzt. Das Gewebe der Geschwulst selbst ist weiss gelblich, stellenweise durch Pigment gefärbt. Die mikroskopische Untersuchung ergab vorwiegend ein Spindelzellensarkom. Zum Schluss seiner Mittheilung folgen einige epikritische Bemerkungen über die aus der vergleichenden Betrachtung der angeführten fremden und seines eigenen Falles sich ergebenden Resultate in Bezug auf Anatomie, klinische Erscheinungen und Therapie des Nierensarkoms.

Hindenlang.

611. **Mauriac, Cas rares de tumeurs péri-uréthrales blennorrhagiques.** Seltene Fälle peri-urethraler Tumore blennorrhoeischen Ursprungs. (L'Union méd. Nr. 172, 175 und 177.)

Während im Verlauf des Trippers acute Entzündungen der drüsigen Gebilde der Harnröhre, sowohl der einfachen Acini der kleinen Schleimdrüsen, wie der Glandulae Cowperi und Prostata, hervorgerufen durch Verstopfung der Ausführungsgänge und Stagnation des Secrets und in Eiterung und Abscessbildung ausgehend, öfter beobachtet werden, hält Verf. die chronischen Entzündungen dieser Gebilde, bei denen es nicht zur Eiterung kommt, sondern vollständige Resorption des gebildeten Tumors eintritt, für sehr selten. Er hat zwei Fälle der Art beobachtet. Der erste betrifft einen 28jähr. Mann, der zum 3. Mal an Gonorrhoe litt. Derselbe hatte das Leiden auf eigene Faust mit medicamentösen Bougies erfolglos zu behandeln versucht. Nach 7 Tagen entstand eine nussgrosse, harte Geschwulst in der Gegend hinter der Pleno-scrotalfalte, die allmählig bis zur Grösse einer Orange wuchs. Sie sass zwischen beiden Hoden, war mit der Harnröhre durch einen Stiel verbunden, zeigte eine höckerige Oberfläche und war spontan und gegen Druck vollkommen schmerzlos. Die Hoden zeigten keine Spur von Entzündung. Im weiteren Verlauf bildete sich eine Adhärenz zwischen der Geschwulst und der untern Partie des rechten Hodens und Unterhodens aus; das Lumen der Harnröhre wurde durch den Tumor in keiner Weise beeinträchtigt. Unter leichter Antiphlogose (Umschläge, Bettruhe, Bäder) verkleinerte sich die Geschwust allmählig und war nach etwa $2^1/_2$ Monat völlig verschwunden. Für eine intercurrent und plötzlich auftretende Ischurie musste der Grund in einem Spasmus des Sphincter Veniae gesucht werden, da bei der Exploration mit dem Katheter kein mechanisches Hinderniss für den Urinabfluss gefunden wurde; die Ischurie verschwand nach der Application von 15 Blutigeln an den Venen. Der 2. Fall betraf einen 25jähr. Mann, der an einer leichten aber hartnäckigen Gonorrhoe litt. Am 60. Tage der Erkrankung entstand ohne nachweisbare Ursache an derselben Stelle, wie im ersten Fall, eine schmerzhafte, harte Geschwulst ziemlich acut innerhalb zweier Tage. Die ödematöse Schwellung der Umgebung und die Röthe der Haut liessen Abscedirung befürchten. Die

Geschwulst ging indess unter antiphlogistischer Behandlung innerhalb 10 Tagen vollständig zurück. Bei demselben Kranken entstand später eine Entzündung des rechten Lappens der Prostata, die mit Eiterung und Bildung einer Fistula urethro-rectalis endete. M. glaubt, in Anbetracht der Lage der Geschwulst, dass es sich in beiden Fällen um eine Entzündung der um die Ausführungsgänge der Cowper'schen Drüsen liegenden accessorischen drüsigen Gebilde gehandelt habe, und dass, wenn die Entzündung die Cowper'schen Drüsen selbst ergreift, der Uebergang in Eiterung die Regel bildet. Während bei drohender Suppuration möglichst frühzeitige Incisionen am Platze seien, erreiche man bei der in Rede stehenden Affection durch einfache Antiphlogose völlige Resorption der Geschwulst.

Brockhaus (Godesberg).

612. **Dr. Maximilian Zeissl, Zwei Fälle von Jod-Exanthem nach äusserlicher Anwendung des Jodoforms.** (Wien. allg. mediz. Zeit. Jahrg. XXVI. Nr. 45.)

Verf. beobachtete unter den vielen Fällen, bei denen Jodoform auf der Albert'schen Klinik therapeutisch in Anwendung gezogen wurde, bei innerlichem Gebrauche niemals und bei äusserer Application nur 2mal ein Jodoform-Exanthem.

Der erste Fall betraf einen 3jährigen Knaben mit cariösen Prozessen am rechten Schienbein. Nachdem durch 15 Tage hindurch die Wundhöhle mit Jodoform behandelt war, entstand, ohne dass der Grund dafür von Veränderungen in der Wunde herzuleiten war, unter hohem Fieber (41 °) „an der Haut des Stammes der Beugeseiten beider oberen Extremitäten und der Innenfläche beider Oberschenkel eine diffuse, unter dem Fingerdruck schwindende hellrothe Färbung“, an den Beugeflächen der oberen Extremitäten normale Hautpartieen umschliessend. Dabei bestand Erbrechen und Somnolenz. Der Urin gab Jodreaction und enthielt reichlich Eiweiss und Nierenepithelien. Das Fieber schwand nach 3 Tagen, Jodoform wurde ausgesetzt, nach 7 Tagen war das Exanthem mit leichter Abschuppung der Haut verschwunden. Unter gleich heftigen Erscheinungen und mit gleichem Verlaufe zeigte sich nach späterer erneuter Jodoform-Anwendung wiederum ein Exanthem. Allmählich trat Gewöhnung an das Jodoform ein. Scarlatina war auszuschliessen.

Der zweite Fall betrifft einen 36 Jahre alten Mann mit tuberculöser Rippen-Caries. Nach 9 Tage fortgesetzter Application von Jodoform-Stäbchen in die Fistel-Oeffnungen am Thorax, brach unter heftigem Jucken an der Haut des Stammes und der Extremitäten ein aus Urticaria-Quaddeln und über das Hautniveau emporragenden, scharf umschriebenen, linsen- bis kreuzergrossen rothen Flecken und rothe gesunde Haut umsäumenden Kreisen sich construirendes Exanthem aus. Die obere Extremität war mehr als die untere befallen. An der

Rückenhaut bestanden ausgebreitete erythematöse, über das Niveau der Haut erhabene Flecken von Handtellerbreite. Fieber fehlt, Appetit und Verdauung blieb ungestört. Im Urin fand sich Jod, aber kein Eiweiss. Jodoform wurde ausgesetzt und nach 7 Tagen schwand das Exanthem.

Die Eiweiss-Ausscheidung im Harn im ersten Falle ist Z., gestützt auf eine gleiche Beobachtung bei einem anderen Kranken, auf eine Wirkung der Jod-Aufnahme in den Organismus zurückzuführen geneigt.

Bartold.

613. **De Korab, De l'Annèe comme expectorant et calmant dans les affections des voies respiratoires.** Ueber den Alant (Inula Helenium) als Expectorans und Sedativum bei den Erkrankungen der Luftwege. (L'Union méd. Nr. 172.)

Der Alant (Inula Helenium) war ein im Alterthum und im Mittelalter sehr beliebtes Mittel gegen Erkrankungen aller Art; officinell ist noch die Rad. Helenii und das Extr. Helenii. Verf. hat das Mittel auf die Empfehlung von Gubler, der dasselbe als Expectorans sehr rühmt, einer eingehenden Prüfung bezüglich seiner physiologischen und therapeutischen Eigenschaften unterzogen. Die Rad. Helenii enthält das indifferente, stärkmehlartige Inulin, das durch Säuren etc. in Dextrin und eine linksdrehende Zuckerart umgewandelt wird, ferner das Helenin ($C^{14}H^{9}O^{2}$) oder den Alantcampher und ein flüchtiges, scharfes Oel. Das Helenin ist nach Verf. ein Stomachiçum, wie die Bittermittel, setzt die Reflexerregbarkeit herab und wirkt antispasmodisch. Da es vollständig durch die Lungen ausgeschieden wird, ist seine sedative Wirkung auf die Respirationsorgane leicht erklärlich. Das flüchtige Oel regt kräftig die Expectoration an. Verf. hat das Mittel seit einer Reihe von Jahren geprüft und empfiehlt es seiner sicheren, raschen Wirkung und seiner völligen Unschädlichkeit halber bei katarrhalischem Asthma, bei chronischer Bronchitis, überhaupt bei allen Erkrankungen der Respirationsorgane, bei denen es darauf ankommt, kräftige Expectoration hervorzurufen und gleichzeitig beruhigend zu wirken.

Brockhaus (Godesberg).

614. **Korczynski** (Krakau), **Ueber die physiologische Wirkung und therapeutische Anwendung des Nitroglycerin.** (Pamietnik lek. warsraw. 1881. Heft 4. polnisch.)

Verf. wandte eine 1% Alkohollösung von Nitroglycerin (aus dem chem. Laborat. des Prof. Grabowski in Krakau) in der

Dose von 1—6 Tropfen sowohl bei Gesunden und Reconvalescenten als auch bei Kranken auf seiner medizinischen Klinik an.

Am ausgesprochensten zeigte sich die Wirkung auf den Circulationsapparat: schon nach 2—3 Minuten wird die Herzaction erhöht (verstärkter Herzspitzenstoss, lautere Herztöne, der aufsteigende Arm der Sphygmogramme wird höher und der Uebergangswinkel zum absteigenden Arme spitzer), der Puls wird frequenter (um 8—16 Schläge), zugleich nimmt die Spannung der Arterienwand ab (die Rückstosselevationen werden markanter, während die Elasticitätsschwingungen verschwinden), in einigen Fällen fand man den Puls dikrot oder unregelmässig. Diese Wirkung auf den Circulationsapparat ist am bedeutendsten zwischen der 3. und 5. Minute nach der Verabreichung des Mittels und dauert bis zu 45 Min. an. Die Beeinflussung des Nervensystems gibt sich ziemlich regelmässig als ein vorübergehender Kopfschmerz kund, am stärksten in den Schläfen, dumpf, nicht sehr intensiv, mit der Grösse der Dosis anwachsend; nach der Einnahme von 6 Tropfen obiger Nitroglycerinlösung trat gewöhnlich ein Gefühl des Pulsirens und Völle im Kopfe ein; nach grösseren Dosen stellte sich auch Lichtscheu ein; die Untersuchung mit dem Augenspiegel ergab negative Resultate. Den Kopfschmerz, der sich bei jeder Herzsystole verstärkt, begleitet Ohrensausen. — Im Verdauungstractus ruft das Nitroglycerin mit Ausnahme einer würzig-brennenden Geschmacksempfindung, keine Symptome hervor. — Sowohl die Athemfrequenz als auch der Respirationstypus bleiben unverändert. Die Urinmenge wird während der zweiten Viertelstunde durchschnittlich um 20 ccm vergrössert, sonst keine Veränderungen im Harn.

Die therapeutische Wirkung hat Verfasser in 35 Fällen (22 männl. und 13 weibl.) untersucht. Und zwar:

1. Unter 7 Fällen von anfallsweise auftretendem Asthma emphysematicum beseitigte das Nitroglycerin in 6 Fällen die asthmatischen Anfälle expedite während einiger Minuten und systematisch gebraucht hielt es die Anfälle auf längere Zeit hintan.

2. In 13 Fällen von Asthma nervosum sah Verf. nur 2 mal günstige Wirkung. Die während des asthmatischen Anfalles eingenommene Dosis pflegte weniger wirksam zu sein, als wenn sie vor oder im Beginne desselben gegeben war.

3. In 2 Fällen von Aortaaneurysmen wichen die schwersten Anfälle von Stenokardie viel rascher und vollständiger als nach irgend anderen Medicamenten und bei systematischer Anwendung des Nitroglycerin verschwanden sie in 1 Falle auf längere Zeit vollständig.

4. 2 Fälle von nervösem Herzklopfen wurden geheilt; in einem Falle von Insufficienz und Stenose der Aorta erwies sich das Nitroglycerin als ein gutes Palliativmittel gegen das Herzklopfen.

5. Unter 6 Fällen von Angina pectoris brachte das Mittel in 1 Falle (atheromatöse Degeneration der Arterien und Herzverfettung) nur vorübergehenden Nutzen, während in den übrigen (1 Insufficienz der Aorta, 1 Atheroma arter. mit Herzmuskeladipose, 1 Endokarditis, 1 atheromatöse Entartung der Arterien, 1 ohne nachweisbare anatomische Basis) dasselbe sich so wirksam wie kein anderes Mittel erwies.

6. Ein Fall von Chorea minor bei einem 14 jähr. chlorotischen

Mädchen mit Hypoplasie des Gefässsystems; hier brachte die tägliche Verabreichung von 2 Tropfen der 1% Nitroglycerinlösung in 25 Tagen die seit 2 Jahren bestehende Krankheit, gegen die sich alle anderen Mittel als wirkungslos erwiesen hatten, zum Stillstand, wobei die Pat. 3 Kilo an Gewicht zunahm.

7. In einem Falle von Hysterie und bei einem Kranken mit Tremor mercurialis blieb das Mittel ohne Einfluss; ebenso bei einem Diabetiker.

Auf Grund obiger Erfahrungen (viele Fälle sind im Original ausführlich mitgetheilt) schliesst der Verf.: Das Nitroglycerin vermag schnell und ziemlich sicher stenokardische Anfälle zu beseitigen, gleichviel, ob dieselben als eine selbstständige Neurose auftreten, oder durch Klappeninsufficienz, Arterienatherom oder Aneurysmen bedingt sind. Wahrscheinlich ist es auch ein sehr wirksames Mittel gegen Herzklopfen ohne Rücksicht auf seine Enstehungsursache. Stenokardie ohne anatomische Basis kann durch Nitroglycerin radikal geheilt werden; die in Folge von Aneurysmen auftretenden stenokardischen Anfälle vermag es momentan zum Stillstand zu bringen und auch bis zu einem gewissen Grade der Wiederkehr derselben vorzubeugen. Bei Asthma nervosum ist es unsicher, dagegen ist seine Wirkung in Asthma emphysematicum als ausgezeichnet zu bezeichnen, da es nicht nur die Anfälle momentan beseitigt, sondern auch, wie es scheint, die Neurose gänzlich heilt. In der Chorea minor ist das Mittel weiter zu erproben. In denjenigen Fällen, wo sich Nitroglycerin als therapeutisch wirksam gezeigt hat, traten die Eingangs beschriebenen Symptome Seitens des Nervensystems entweder gar nicht oder doch nur unbedeutend auf; ja Verf. beoachtete in 3 Fällen von Migräne bei Hysterischen, dass das Nitroglycerin den Kopfschmerz bedeutend erleichterte.

Zu therapeutischen Zwecken betrug die Dosis gewöhnlich 1—4 Tropfen, sehr selten 6—10, ausnahmsweise 15; ein Kranker verstieg sich aus eigener Ordination bis auf 30 Tropfen mehrmals des Tages.

Smolenski (Ernsdorf i. Schlesien).

615. **R. Hausmann** (Meran), **Ueber die Weintraubenkur mit Rücksicht auf Erfahrungen in Meran.** (4. Aufl. Meran, Verlag von Fridolin Plans. 1882.)

Die Frühtraube reift in Meran in der zweiten Hälfte des August, die eigentlich allgemeine Traubenreife fällt in die Mitte des September, daher erst von da an die Traubenkur beginnt und zwar um so eher, als vorher die Hitze zu gross ist, sie dauert bis Ende October; bis Ende Dezember sind conservirte Trauben zu Kurzwecken zu bekommen.

Die chemische Analyse der Traube ergibt an organischen Be-

standtheilen freie Weinsäure und Apfelsäure, Traubensäure, Citronensäure, Eiweiss, Dextrin, Farbstoff; an anorganischen Bestandtheilen: Chlor, Schwefelsäure, Phosphorsäure, Kali, Natr., Magnes., Kalk, Eisenoxyd, Thonerde, Manganoxyd und Tallium. Die durch die organischen Säuren gebildeten Salze sind quantitativ in der Ueberzahl, besonders weinsteinsaures Kali und Kalk; unter den anorganischen Salzen den schwefelsauren und phosphorsauren Kali resp. Kalksalze. Hieraus folgt, dass der Traubensaft eine den Mineralwässern ähnliche Wirkung hat, d. h. leicht eröffnend wirkt. Das Verschlucken der Schalen und Kerne ist schädlich, weil sie sich zu Pfropfen zusammenhäufen und Dyspepsien erregen. Wahrscheinlich durch die Entwicklung von Kohlensäure wird beim kurgemässen Gebrauch eine Erregung des Gefässsystems hervorgerufen. — Die Harnsecretion wird durch den Traubengenuss wesentlich vermehrt.

Gegen dyspeptische Erscheinungen wird eine milde Traubenkur mit Vortheil angewendet, jedoch ist Vorsicht hier dringend geboten; bei chronischem Magenkatarrh muss sie vorsichtig begonnen werden, um dann energisch bis zu 2—3 k pro Tag fortgesetzt zu werden. Ob auch gegen Magengeschwüre die Anwendung der Kur indicirt ist, scheint Verf. noch nicht sicher, Magenkrebs bildet Contraindication. Vorzüglich war die Wirkung gegen Ptyalismus in einigen Fällen. — Diarrhöen als Folge von Unterleibsplethora sind sehr günstig zu beeinflussen; ebenso natürlich habituelle Stuhlverstopfung und vor allem Hämorrhoidalleiden. Vermöge der diuretischen Wirkung der Traube ist sie bei Herzkrankheiten mit consecutiven Anschoppungen oft von wesentlichem Erfolg; ebenso bei uncomplicirtem Blasenkatarrh. Von den Erkrankungen des Respirationstractus eignen sich der chronische Lungenkatarrh mit und ohne Emphysem, die fieberlose Phthise, die pleuritischen Exsudate (Diurese) zur Anwendung der Traubenkur, während fiebernde Phthisiker leicht rasche Verschlimmerung erfahren und mit Verdauungsstörungen und Larynxkatarrh Behaftete nicht selten Hämoptoe bekommen. Directe Contraindicationen bilden chronische Pharyngitis und laryngitis catarrhalis und ulcerosa.

Schmid (Reichenhall).

Berichtigung.

In Nr. 44, S. 690, Z. 8 von oben lies muskuläre Kraft statt muskuläre;
„ 44, „ 690, „ 5 von unten lies minimal statt einmal;
„ 44, „ 691, „ 26 von oben lies Jetzt statt Erst.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 16. Februar. Nro. 46.

616. **Dr. A. Jarisch, Ueber den Rückenmarksbefund in 7 Fällen von Syphilis.** (Vierteljahrsschr. für Dermat. und Syphilis 1881. 4. Heft. S. 621.)

Als Beitrag zur Lösung von Fragen, welche sich mit Rücksicht auf seine frühere Arbeit (vgl. ds. Centralblatt 1880 S. 552. Ueber Coincidenz von Erkrankungen der Haut und der grauen Achse des Rückenmarks) aufgeworfen haben, theilt J. ausführlich den Rückenmarksbefund in 7 Fällen von Syphilis mit. Diese sind 4 Fälle von hereditärer Syphilis, ein recenter Fall von acquirirter Syphilis, ein anderer von angeblich 6 jährigem Bestande und endlich ein Fall, in welchem das Alter nicht zu eruiren, sich jedenfalls auf viele Jahre belief.

Die Befunde selbst will J. jetzt noch nicht zu verwerthen versuchen, da dies vorläufig nur auf vollends hypothetischem Wege möglich wäre; sie sollen nur weiteren Untersuchungen zu Grunde gelegt

werden. Die Befunde beweisen jedoch, dass bei der Syphilis Veränderungen der grauen Achse des Rückenmarks vorkommen, welche bis jetzt unbekannt waren. Vielleicht können weitere Untersuchungen des Nervensystems bei Syphilis die Kluft, welche zwischen Contagium einerseits und syphilitischer Manifestation besteht, ausfüllen.

Die Krankengeschichten, sowie die Befunde der mikroskopischen Untersuchungen des Rückenmarks in den 7 Fällen müssen im Originale nachgesehen werden.

Am Schlusse fasst J. die Resultate seiner Untersuchungen wie folgt zusammen:

Atrophie der Ganglienzellen im 1. und 2. Falle von hereditärer Syphilis, im 2. und 3. Falle von acquirirter Syphilis. Homogene, glasige Herde im Gewebe der Vorderhörner und der Commissur im 1. und 2. Falle von hereditärer Syphilis und im 1. und 2. Falle von acquirirter Syphilis; Hämorrhagien in das Gewebe der Commissur und der Vorderhörner im 1. und 2. Falle von acquirirter Syphilis; Sklerose des Netzes der grauen Substanz im 3. Falle von acquirirter Syphilis. Zweifelhafte Veränderungen im 3. und 4. Falle von hereditärer Syphilis.

Doutrelepont.

617. **Charcot, Phénomènes produits par l'application sur la voûte du crâne du courant galvanique, pendant la période léthargique de l'hypnotisme chez les hystériques.** Durch Applikation des galvanischen Stromes auf das Schädeldach in der lethargischen Periode des Hypnotismus bei den Hysterischen hervorgebrachte Erscheinungen. (Progr. médic. 1882, Nr. 2.)

Während der durch gesteigerte Erregbarkeit des peripheren motorischen Systems (hyperexcitabilité neuro-musculaire des hypnotiques) charakterisirten Phase des hypnotischen Schlafes bei Hysterischen (léthargie hypnotique provoquée) reagiren bekanntlich die Nerven und Muskeln mit besonderer Leichtigkeit auf mechanische Reizung. Bei fünf Hysterischen hat Ch. in zahlreichen Versuchen konstant gefunden, dass diese gesteigerte Erregbarkeit sich nicht nur auf die Nerven und Muskeln, sondern auch auf das Gehirn, wenigstens auf die motorischen Regionen desselben erstreckt. — Die Kranken wurden durch die gewöhnlichen Proceduren, z. B. durch Fixiren des Blickes, in den hypnotischen Zustand versetzt, und durch mechanische Reizung (leises Klopfen) der Muskeln und der Nerven wurde das Vorhandensein der gesteigerten motorischen Erregbarkeit konstatirt. Applicirte Ch. dann einen konstanten Strom (4—10 Leclanché'sche Elemente), den negativen Pol auf das Sternum in der Mittellinie, den positiven Pol auf die Schläfengrube oder einige Centim. oberhalb der Ohrmuschel, so

traten manchmal bei der Oeffnung, meistens aber bei der Schliessung des Stromes kräftige Contraktionen im Gesicht, an der Oberextremität oder an der Unterextremität, oder an zwei oder allen diesen Theilen zugleich auf der der Applikationsstelle der positiven Elektrode entgegengesetzten Körperhälfte ein. Diese Contraktionen liessen sich von der rechten und von der linken Seite des Schädels auslösen; die der Applikationsstelle des Stromes korrespondirende Körperhälfte blieb unbewegt. Um dem Einwurfe zu entgehen, bei der beschriebenen Applikationsweise des Stromes könnten die Nerven und Muskeln des Gesichts einer mehr oder weniger direkten Reizung ausgesetzt sein, hat Ch. in anderen Versuchen beide Elektroden auf Eine Schädelhälfte gebracht, die eine auf den Gipfel des Schädels, 2—3 cm von der Mittellinie (ungefähr entsprechend der oberen Grenze der motorischen Rinden-Zone), die andere etwas vor oder etwas hinter das Ohr: die Resultate blieben dieselben. Jeder Versuch wurde an denselben Kranken, unter denselben Bedingungen, bei der gleichen Stromstärke, in wachem Zustande wiederholt; das Resultat war negativ; ein wenig Kopfschmerz und Purkinje'sche Funken waren die einzigen Folgen. — Es existirt also während des Zustandes der hypnotischen Lethargie in den motorischen Regionen des Gehirns eine besondere Erregbarkeit für den konstanten Strom. Fortgesetzte Beobachtungen werden weitere Schlüsse gestatten.

E. Bardenhewer.

---

618. **Eulenburg, Ueber Zeitmessung und graphische Darstellung der Sehnenreflexe.** (Zeitschr. f. klin. Med. 1882. IV. p. 179.)

Bei den Untersuchungen E.'s über die Einwirkung anästhesirender und sedirender Mittel auf die Sehnenreflexe stellte sich die Nothwendigkeit heraus, zur Feststellung der Stärke und Dauer der reflectorischen Muskelzuckungen sowohl, wie der Dauer der Latenzperiode eine graphische Methode zu verwenden.

Die Methode besteht in der Benützung der Vibrationen einer Stimmgabel zur Zeitmessung, wobei diejenige Vorrichtung am brauchbarsten sich erwies, wobei die Registrirplatte an der einen Branche einer Stimmgabel angebracht und durch letztere selbst in gleichmässige Vibrationen versetzt wird. Der zeichnende Hebel verzeichnet die letzteren in Form feiner Zähnelung auf die Platte. Verf. verwandte eine Stimmgabel, die 62 Schwingungen macht in der Secunde, es entspricht somit jedes Zähnchen der Curve einer Zeitdauer von 0,01613 Secunden.

Die Dauer eines Bewegungsvorgangs, einer Muskelzuckung misst sich dann sehr leicht, indem man die das betreffende Curvenbild zusammensetzenden Zähnchen addirt und ihre Gesammtzahl mit der angegebenen Dauer einer Einzelschwingung multiplicirt. Abgesehen von der Dauer gibt dieses Curvenbild auch über die Höhe und andere

Details der Muskelzuckung Aufschluss. — Für die Bestimmung der Latenzdauer liess E. eine Doppelcurve auf der Registrirplatte verzeichnen in der Art, dass die eine Curve den Zeitpunkt der Reizung, die andere den Zeitpunkt des Bewegungsbeginns selbständig markirte. Die detailirte Anordnung der Apparate und der Versuche ist im Original nachzusehen. — Gegenstand der Untersuchung war das Lig. patellae.

Die Dauer der Latenzperiode erwies sich an 8 in verschiedenem Alter stehenden männlichen Individuen bei einer grossen Anzahl von Einzelversuchen und häufiger Wiederholung an der nämlichen Versuchsperson zum Theil unmittelbar hinter einander, zum Theil zu verschiedenen Zeiten und Tagen verhältnissmässig sehr übereinstimmend. — Dieselbe betrug im Durchschnitt bei erwachsenen Männern $1^1/_2$ Schwingungen in 0,0242 Secunden. Geringe, als physiologisch anzusehende Schwankungen dieses Werthes können sich wohl theils aus der verschiedenen Körpergrösse der Individuen, theils aus der verschiedenen Fortpflanzungsgeschwindigkeit des Reizes in der sensibeln Nervenfaser ergeben; beträchtlichere Hemmungen der Reflexe können unter normalen Verhältnissen in der grauen Substanz des Rückenmarks wohl nicht vorhanden sein. Bei Kindern sind die für die Dauer der Latenzperiode gefundenen Werthe absolut und relativ (im Vergleich zu Erwachsenen) etwas erhöht. Bei einem 12jährigen Knaben von 133 cm Körperlänge betrugen sie zuweilen 2—3 Schwingungen.

In Fällen, wo die Sehnenreflexe abnorm verstärkt sind, kann die Dauer der Latenzperiode zugleich bis auf geringe, fast nicht zu unterscheidende Bruchtheile einer Schwingung herabgesetzt sein. Betreffs der Dauer der Muskelzuckungen ist zu bemerken, dass die von demselben Individuum unter sonst gleichen äusseren Versuchsbedingungen aufgenommenen Curven eine sehr constante Uebereinstimmung zeigen. Bei gesunden männlichen Individuen erstreckt sich die Muskelcurve in der Regel mindestens über 6—7 Schwingungen, häufig auch über 10—13. — Bei grösserer Dauer der Latenzperiode ist die Zuckungsdauer in der Regel kleiner; in pathologischen Fällen, bei abnormer Verstärkung der Sehnenreflexe, kann ihre Länge eine viel bedeutendere sein und sich über 20—30, selbst 40 Schwingungen erstrecken. Einige sonstige Details der Muskelcurven sind im Original nachzusehen; ebenso die Krankengeschichte eines Falles von Poliomyelitis anterior chronica, die Verfasser anführt um zu zeigen, wie anschaulich lebendig insbesondere bei pathologischen Abweichungen sich das Gesammtbild des Reflexvorgangs in der graphischen Darstellung verkörpert; — eines Falles, der ausser manchem Bemerkenswerthen in symptomatischer Hinsicht, sich durch eine eigenthümliche, gleichfalls in den Myogrammen zum Ausdruck gelangende Einwirkung der Therapie auf die Sehnenreflexe auszeichnet.

Das Leiden führte zu einer rechtsseitigen Lähmung und Atrophie der Oberschenkelmuskulatur (Extensoren und Adductoren), wobei die Sehnenreflexe anfangs gesteigert, nach einigen Monaten bis zum Verschwinden abgeschwächt wurden; gleichzeitig zeigte sich Steigerung der mechanischen Muskelcontractilität der erkrankten Seite und eine bedeutende Verstärkung des Patellarsehnen-

reflexes auf der nicht gelähmten linken Seite. — Subcutane Strychnininjectionen (0,005—0,006 Strychn. nitr.) bewirken jedesmal nach spätestens 10—15 Minuten eine Anfangs sehr schwache und rasch vorübergehende, später jedoch ausgiebigere und länger (selbst noch am nächsten Tage) anhaltende Wiederkehr des Patellarsehnenreflexes. Beigefügte Curven veranschaulichen dieses Verhalten.

Engesser (Freiburg i. Br.).

---

619. **P. Hampeln** (Riga), **Die Heilung des Empyems.** Auf Grundlage der in Riga von 1878—1881 beobachteten Fälle. (Z. f. klin. Med. IV. S. 248.)

Verf. tritt entschieden für die operative Behandlung des Empyems auf, indem er noch in keinem Falle von Empyem Erwachsener eine spontane Heilung gesehen. Von 9 Fällen, die ohne operativen Eingriff behandelt worden und welche in kurzen Zügen beschrieben werden, endeten 8 tödlich und nur in einem Fall, der genauer nicht verfolgt werden konnte, trat relative Genesung ein. Er steht somit mit seinen Erfahrungen im Gegensatz zu den Mittheilungen von Traube, dass er häufiger als man annehme zur spontanen Perforation komme. Auch bei dem Empyem des kindlichen Alters ist der operative Weg sicherer, wiewohl hier der Ausgang in rasche Heilung vorkommt. Verf. hat von 2 Fällen einen durch die Radicaloperation, den andern, der kurz mitgetheilt wird, durch Perforation heilen sehen. Von diesem Standpunkt aus ist die Frage wichtig, welche Methode bei der operativen Behandlung in Anwendung gezogen werden soll, die Punction oder die Bildung einer offenen Fistel. Aus fremden und seinen eigenen Erfahrungen erhellt, dass, wenn auch bei secundärem Empyem (Phthisis), die Punction den Vorzug verdient, dieselbe beim Empyem Erwachsener, vorher gesunder Individuen, oder in Folge acuter Krankheiten nichts nütze und entschieden contraindicirt sei. Auch eine der Radicaloperation vorausgeschickte Punction zu Anfang der Behandlung kann höchstens den Zweck eines Aufschubs der Radicaloperation und den eines Palliativmittels, nicht aber den eines curativen haben. Unter den 10 eigenen Fällen, bei denen zuerst die Punction versucht wurde, entstand in 2 eine Fistel an der Punctionsstelle, in den andern musste die Radicaloperation schliesslich doch gemacht werden. Von 3 dieser Fälle theilt Verf. die Krankengeschichte mit.

Im Kindesalter dagegen erscheint auf Grund des in der Litteratur niedergelegten Beobachtungsmaterials, umgekehrt die Punction in erster Reihe indicirt.

Bei Erwachsenen tritt die Anlegung einer Brustfistel zu permanenter und definitiver Entleerung in ihre Rechte, welches Operationsverfahren, gemäss der reichen und zuverlässigen Operationscasuistik

(Krause, Ewald, Lebert, Wagner, v. Göschel, König, Israel) die günstigsten Erfolge aufzuweisen hat. Die jetzt zumeist geübte breite Eröffnung der Pleurahöhlen mit streng antiseptischer Nachbehandlung ist auch von H. in seinen Fällen zur Ausführung gebracht worden, meist verbunden mit partieller Rippenresection, anfangs mit häufigen Ausspülungen, später wurden dieselben fortgelassen.

Die Mortilitätsziffer sämmtlicher Empyemfälle (39) vom Jahre 1878—1881, 38,4 % erscheint günstig gegenüber den Berechnungen von Krause (67,5%), Lebert (62,0%), Ewald (56,62%). Die ohne operativen Eingriff behandelten Fälle weisen eine Mortalität von 8%, die mittelst Operation, meist radicaler Fistelbildung (29) eine solche von 24,13% auf.

Trotz dieser günstigen Erfolge birgt die Operation doch eine Reihe von Gefahren, welche die Ausführung nur von kundiger Hand wünschenswerth erscheinen lassen. Einige Beispiele aus seiner eigenen Erfahrung und der Casuistik Ewalds entnommen, beleuchten die Schwierigkeit der Operation und den durch sie oft direkt bedingten ungünstigen Verlauf der Krankheit (Pyaemie, Septicaemie, Peritonitis, Collaps). Beeinträchtigt wird ferner der Nutzen der Operation durch die oft über Monate zu Jahren sich hinziehende Verzögerung der definitiven Heilung der Operationsfistel. Zur Beseitigung der Gefahren einer immerhin eingreifenden Operation empfiehlt H. ein von ihm eingeschlagenes Verfahren, die Punction mit einem selbst construirten, breiten, flachen, gebogenen Troicart, dessen Einführung ein kleiner Hautschnitt vorausgeschickt wird. Als Operationsstelle empfiehlt sich am meisten der 4. resp. 5. Intercostalraum, zwischen Mamillar- und Axillarlinie. Nur bei zersetztem Eiter folgt die Ausspülung mit 5% Carbolsäure; die nach ca. 24—48 entfernte silberne Canüle des Troicart, wird durch ein Gummidrainrohr ersetzt. Die ausführlich angeführten auf diese Weise operirten Fälle weisen günstige Resultate nach, so dass Verf. diese Methode der Incission, selbst der Resection als gleichberechtigt an die Seite stellt und sie in allen frischen Empyemfällen für indicirt hält. Auch bei Behandlung des Empyems im kindlichen Alter, falls die Punction nicht zum Ziele führt, möchte Verf. die Fistelbildung durch Punction mit einem entsprechenden Troicart versucht sehen. Besondere Beachtung verdient das in seiner Dauer und seinem Verlauf unregelmässige und schwankende Fistelstadium. Vergleichende Untersuchungen zeigen, dass das Operationsverfahren auf die Raschheit der Genesung ohne wesentlichen Einfluss ist, dieselbe vielmehr von der richtigen Nachbehandlung vielleicht einzig abhängig zu machen ist und zwar ergiebt eine vergleichende Zusammenstellung, dass der antiseptische Occlusivverband bei richtiger Drainage und zeitgemässer Entfernung des Drainagerohrs — worüber sich allerdings noch keine endgültigen Regeln aufstellen lassen — bessere Resultate aufweist als die täglichen Ausspülungen.

Verfasser stellt die aus seinen Beobachtungen gesammelten Erfahrungen nochmals in folgenden Sätzen zusammen:

1. Primäre und secundäre nach acuten Krankheiten auftretende Empyeme indiciren an und für sich die Bildung einer Brustfistel. Nur ex indicat. vital. tritt die Punction provisorisch als Palliativmittel ein.

2. Je früher die Brustfistel nach Ablauf des acuten Stadiums angelegt wird, desto günstiger.

3. Bei frischen Empyemen genügt die Fistelbildung durch Punction, bei veraltetes dagegen oder schon bestehender Empyemfistel ist meist die Rippenresection erforderlich.

4. Beim Empyem der Kinder ist einfach die Punction als Heilmittel zu versuchen.

5. Das Ideal der Nachbehandlung ist ein antiseptischer Occlusivverband.

Hindenlang.

---

620. **Zahn, Note sur les plis respiratoires du diaphragme et les sillons diaphragmatiques du foie.** Ueber die respiratorischen Falten des Diaphragmas und die diaphragmatischen Furchen der Leber. (Rev. méd. de la Suisse Romande 1882. Nr. 1.)

Verf. hat die qu. Erscheinungen öfters an den Leichen von Personen gefunden, die zu Lebzeiten an hochgradiger Dyspnoe litten, besonders bei Emphysematikern und solchen Individuen, bei welchen doppelseitiger Kropf eine beträchtliche bilaterale Compression der Trachea herbeigeführt hatte. Er beschreibt dieselben als gradlinig von hinten nach vorn verlaufende Erhebungen auf der unteren Fläche des Zwerchfells und entsprechende Vertiefungen der Leberoberfläche, hauptsächlich des rechten Lappens. Während Cruveilhier die Entstehung solcher Falten und Furchen auf den Druck eines zu engen Corsetts zurückführt, unterscheidet Liebermeister zwei Arten derselben:

1) transversal verlaufende Furchen der convexen Leberoberfläche, verursacht durch den Druck des Rippenbogens bei angeschwollener Leber und behinderter Athmung (costale Furchen);

2) multiple, besonders auf der Oberfläche des rechten Leberlappens sich findende Furchen, deren Verlauf, geringe Breite und grosse Tiefe ihre Entstehung durch Rippendruck unwahrscheinlich macht. Trotzdem erklärt Liebermeister ihr Zustandekommen durch Druck des unteren Rippenrandes bei starker Behinderung der Athmung, besonders der Exspiration und nennt sie respiratorische Furchen. Verf. spricht sich für folgenden Entstehungsmodus dieser gradlinig von hinten nach vorn laufenden Furchen aus. Bei Athmungshindernissen, sei es durch chronische Bronchitis oder Verengung der oberen Luftwege, wird zunächst die Inspiration vorzugsweise erschwert. Das Zwerchfell arbeitet stärker und es entwickelt sich functionelle Hypertrophie seiner Rippenansätze. Der Stand des Zwerchfells erniedrigt sich dabei allmählich und an der, durch die starke Action der Bauchpresse angedrückten Leberoberfläche entstehen entsprechend den hypertrophischen Stellen des Diaphragmas Vertiefungen mit Schwund der Lebersubstanz (diaphragmatische Furchen.) Diese Vertiefungen können durch eine

gewisse Faltenbildung der Leberoberfläche zunehmen; die zwischen ihnen liegenden Kämme bringen durch Druck Atrophie der Muskelsubstanz an den entsprechenden Partieen des Zwerchfells hervor, so dass dieses hypertrophische Falten und dazwischen verdünnte Stellen zeigt, an welch letzteren schliesslich nur die beiden Serosen und Bindegewebe übrig bleibt. In den hypertrophischen Falten tritt dann leicht fettige Degeneration, wie beim Herzen, ein. Verf. glaubt, dass diese Zustände schon am Lebenden diagnosticirt werden können, wenn bei Erkrankungen der Athmungsorgane, die zur Dyspnoe führen, das Pneumatometer vermehrte relative und zuweilen auch absolute Inspirationskraft anzeigt.

Brockhaus (Godesberg).

---

621. **Unvericht, Beiträge zur klinischen Geschichte der krebsigen Pleuraergüsse.** (Zeitschr. f. klin. Medic. Bd. IV. S. 79.)

Durch die Mittheilung zweier Fälle von carcinomatöser Pleuritis wird durch Beschreibung zweier bisher noch nicht erwähnter Erscheinungen die noch äusserst mangelhafte und unzuverlässige Symptomatologie zu erweitern, und dieselben für die wenigstens prognostisch sehr wichtige Differentialdiagnose — ob einfach entzündliche oder krebsige Pleuritis — verwerthbar zu machen versucht.

In dem ersten Fall handelt es sich um eine 62 Jahr alte Frau, welche mit den Erscheinungen eines linksseitigen pleuritischen Exsudates im Hospital Aufnahme fand. Die vorgenommene Probepunction ergab eine blutige Flüssigkeit, die mikroskopisch reichlich rothe, und spärlich weisse Blutzellen, weiterhin eine Anzahl minder grosser, mit Fetttröpfchen und Vacuolen durchsetzter Zellen enthielt. Nach 3 in kurzen Zwischenräumen ex indicat. vital. vorgenommenen Entleerungen des Exsudats erholte sich Pat. rasch, und konnte nach 3 Wochen das Hospital als geheilt verlassen.

Auffallend war der fieberlose Verlauf. Bald kehrte die Pat. mit den Erscheinungen des inzwischen wieder gewachsenen pleuritischen Ergusses in das Hospital zurück, und fanden sich nun entsprechend den 3 Punctionsstellen, ohne Röthung der Haut, harte hügliche, mit ihren Ausläufern ineinander übergehende Knoten. In der Umgebung derselben mässige ödematöse Schwellung. Auch an neuen Punctionsstellen entwickelten sich langsam subcutane Verhärtungen mit umgebendem Oedem, die mit den übrigen zu einer hügligen Difformität confluirten. Auf Grund dieses Phänomens konnte jetzt, nach dem anfänglich gutartigen Verlauf, die Diagnose mit Bestimmtheit auf carcinomatöse Pleuritis gestellt werden.

Durch die Section wurde die Diagnose bestätigt und dabei festgestellt, dass die offenbar secundär carcinom. Pleuritis ihren Ausgangspunkt in einem, im unteren Theil des L. Oberlappens gelegenen Geschwulstknoten genommen hatte. Die an den Punctionsstellen sich

entwickelnden Tumoren, deren Zusammenhang mit der Carcinomentwicklung auf der Pleura durch Zellzapfen, welche von der Pleura costalis aus die Intercostalräume durchsetzen, deutlich anatomisch nachgewiesen werden konnte, bildeten in diesem Fall die einzigen, für die sichere Diagnose einer Pleuracarcinose verwerthbaren Symptome.

Im zweiten Fall, eine 41 Jahre alte Frau, handelte es sich um einen doppeltseitigen Mammascirrhus, welcher seit einem Jahre bestand. Bei der Aufnahme fand sich ein grosser linksseitiger pleuritischer Erguss, dessen erste Erscheinungen ca. 8 Wochen zurück datirten und sich in nichts von einer einfachen Pleuritis unterschieden. Ausserdem bestand vollkommene Aphonie, welche sich innerhalb 4 Wochen entwickelte und als deren Ursache eine Lähmung des L. Stimmbandes nachgewiesen wurde. Nach vorübergehender Besserung erlag Pat. einer croupösen Pneumonie.

Die Section ergab ausgedehnte Carcinose der Pleura, Krebsmetastasen in den verschiedenen Organen. Der N. Vagus sinist. an der Stelle, wo die Pleura den Arcus Aortae unmittelbar neben dem Nerven überzieht, von Krebsknoten umschlossen, gänzlich atrophisch. Verfasser zieht aus dieser Beobachtung die für eine differentielle Diagnose verwerthbare Schlussfolgerung, dass in den Fällen von pleuritischem Erguss, welche aus irgend einem Grunde den Verdacht als auf carcinomatöser Grundlage beruhend erwecken, eine mit dem Exsudat auftretende Stimmbandlähmung derselben Seite die Diagnose einer carcinomatösen Pleuritis mit ziemlicher Sicherheit stellen lässt.

In einigen kurzen Schlussbemerkungen über den Werth und die Berechtigung der Punction secundärer Pleuraergüsse, hält Verf. dieselbe wenn natürlich auch nur als Palliativmittel zur Linderung der Beschwerden und Verlängerung des Lebens indicirt.

Hindenlang.

---

622. **v. Ziemssen** und **Ter Gregorianz, Ueber die normalen Bewegungsvorgänge am Herzen der Catharina Serafico.** (D. Arch. f. klin. Med. 1882. Bd. 30. H. 3 und 4.)

Die Contractionen der beiden Ventrikel zeigen im Wensentlichen den gleichen Ablauf. Die Annahme einer absatzweise erfolgenden Contraction der Ventrikel (Traube, Rosenstein) findet in den vorliegenden Beobachtungen keine Stütze. In Betreff der Deutung des Cardiogramms der Ventrikel schliessen sich die Verf. den Ansichten Marey's und Landois an.

Das Cardiogramm des l. Vorhofs resp. Herzohrs lässt einerseits eine Anatricrotie, andrerseits eine Katadicrotie erkennen; die Vorhofscontraction dauerte während des grössten Theils der Ventrikelcontraction fort und erreicht ihren Gipfel nicht lange vor dem des Ventrikels. Die Anatricotie harrt noch einer völligen Erklärung, die Katadicrotie, die

der Rückstosselevation in der Curve des l. Ventrikels entspricht, verdankt ihre Entstehung dem auf den Vorhof fortgepflanzten Stoss, der auf die Semilunarklappen zurückstürzenden Blutsäule. — Die Curve der Pulmonalarterie präsentirt sich als ächte polykatakrote Arteriencurve; aus Doppelcurven ist zwar das zeitliche Zusammenfallen der Rückstosselevation in der Ventrikelcurve mit der mittleren Erhebung im absteigenden Schenkel der Pulmonalartériencurve nicht ersichtlich; aus anderen Ursachen glauben die Vf. jedoch diese Coincidenz als bestehend annehmen zu müssen.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

---

623. **v. Ziemssen, Ueber die mechanische und electrische Erregbarkeit des Herzens und des Nervus phrenicus.** (D. Arch. f. kl. Med. 30. Bd.)

Bei leichtem Druck auf das Herz wurden die Gipfel der Curven höher und die Fusspunkte rückten auseinander, bei stärkerem Druck stellte sich heraus, dass nicht etwa die Katadikrotie ausgeprägter wurde, sondern wirkliche Doppelcontractionen und zwar immer an beiden Ventrikeln sich zeigten; bei höchstmöglichem Druck starkes Delirium cordis. — Compression von 4 Hauptgefässen des Herzens hatte nur eine mässige Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens zum Effect. — Die electrische Reizung des n. phrenicus zeigte sowohl in Beziehung auf das Verhalten gegen den Inductionsstrom, als gegen den galvanischen kein anderes Verhalten, als die motorischen Nerven überhaupt. — Die electrischen Reizversuche am Herzen ergaben dagegen, dass das Herz durch kräftige constante Ströme sehr wesentlich in seiner Arbeitsleistung zu beeinflussen ist, während dies durch den Inductionsstrom mit den höchsten Stromstärken nur in sehr geringem Maasse möglich ist. Wendet man höhere Stromstärken mit regelmässigen Volta'schen Alternativen an, so gelingt es den Rhythmus entsprechend diesen plötzlichen regelmässigen Aenderungen der Stromstärke anzupassen, aber nur bei einer Frequenz der Commutation, die über der normalen Frequenz liegt. — Bei der Einwirkung eines constant fliessenden Stroms fand sich, dass bei stärkeren Strömen eine Beschleunigung der Schlagfolge um das Zwei- bis Dreifache des Normalen eintrat, die mit der Oeffnung prompt in die normale Frequenz umschlug.

Diese Resultate konnte Z. auch an andern Patienten, bei denen keine fissura sterni bestand, nachweisen.

Lachmann (Frankfurt a. M.)

---

624. **E. Rollet, Ueber die wahre Herzstenose.** (Medizin. Jahrbücher der Gesellschaft d. Aerzte. Jahrg. 1881. II. Heft. (Wien, bei Braumüller.)

Die Bezeichnung „wahre Herzstenose“ wird für jene seltenen Fälle gebraucht, in welchen die Verengerung in der Höhle eines Herzventrikels selbst ihren Sitz hat, zum Unterschiede von den gewöhnlich als Herzstenose bezeichneten Fällen, wo die Verengerung an den venösen oder arteriellen Mündungen und den entsprechenden Klappen-Apparaten des Ventrikels sich vorfindet.

Die erste Beobachtung über diesen Zustand des Herzens, der sich später andere anreihten, stammte von Dittrich (1849) und betraf eine Verengerung im conus arteriosus des rechten Ventrikels. Die an die Veröffentlichung dieses Falles sich anschliessenden diagnostischen Bemerkungen von Hamernjk sprachen die Ansicht aus, dass solche Stenose sich nur im rechten Ventrikel ausbilden könnte, weil hier der Zugang zum ostium arteriosum von demjenigen zum Vorhof getrennt sei. Wenn nun Stenose des einen Zuganges eintrete, so inhibire dies noch nicht den Kreislauf, während am linken Ventrikel, wo portio auricularis und aortica nur eine Höhle bildeten, eine Verengerung auch beide Höhlen ergreifen und die Blutcirculation bald hemmen müsse. Diese Ansicht wurde widerlegt durch spätere Leichenbefunde mit wirklicher Herzstenose im linken Ventrikel von Treitz, Heschl, Leyden, Allis, Lauenstein und Lindmann. (Die näheren anatomischen Befunde sind im Original mitgetheilt.)

Verf. beobachtete nun selbst einen Fall, bei dem es ihm möglich war, bereits intra vitam die Diagnose auf „wahre Herzstenose“ zu stellen, was in den frühern Fällen nicht gelang. Er betraf eine 47-jährige, etwas schwächlich gebaute Frau, die zeitweilig an Brustbeklemmungen und Herzklopfen, doch nie an Gelenk-Rheumatismus gelitten zu haben angab. Es bestand leichte Cyanose, jedoch kein Oedem und kein Fieber. Die wesentlichen Symptome von Seiten des Herzens waren: Spitzenstoss im 5. Intercostalraum, etwas nach aussen von der Mammillarlinie, starke Elevation. Herzbewegung fühlbar vom linken Sternalrand bis zur vorderen Axillarlinie und im Epigastrium. Starkes Schwirren von der Herzspitze bis zum rechten Sternalrande an der unteren Hälfte des Sternums, darüber hinaus undeutlich. Bei der Systole: sausendes Geräusch an der Herzspitze bis gegen die Herzbasis. Stärkste Intensität im 4. Intercostalraum links vom Sternum. Bei der Diastole: deutliche schwache Töne auch in den Carotiden. Herzdämpfung etwas nach links und unten vergrössert. Puls sehr klein und schwach, irregulär, sehr frequent. Sonst keine besonderen Symptome von Seiten anderer Organe. Die Frau starb durch Hirnödem, die Section ergab constringirende Schwielenbildung in Folge chronischer Endo- und Myocarditis am sog. conus arteriosus sinister.

Aehnlich sind die Symptome in den Beobachtungen der anderen erwähnten Autoren. Die Diagnose stützte sich zunächst darauf, 1) dass das Schwirren wesentlich unterhalb des Abgangs der Aorta gefühlt und gehört wurde, während es bei Aortenstenose oberhalb desselben auftritt; 2) dass über der Aorta sowie über der Carotis ein deutlicher

Klappenton zu hören war, was bei Stenose im ostium aortae unmöglich war; 3) dass wohl Hypertrophie aber keine grosse Dilatation, wie sie Aortenstenose auszeichnet, da war. Gleichzeitige Erkrankung an den anderen Herz-Ostien war ausgeschlossen, der Puls klein und sehr frequent.

Verf. ist der Ansicht, dass es sich bei seiner Patientin um einen congenitalen Herzfehler gehandelt habe, gleichwie auch bei den anderen Fällen der Literatur, und dass eine hinreichend gute Compensation durch Hypertrophie des linken Herzens die Störungen der Blutcirculation so lange Zeit ausgeglichen habe, bis endlich ein Entzündungs- und Degenerationsprozess im Herzen den Tod herbeiführte.

Bartold.

---

625. **R. Zander, Morbus Brightii und Herzhypertrophie.** Von der Königsberger medicinischen Fakultät gekrönte Preisschrift. (Zeitschr. f. klin. Medizin 1882. Bd. IV. H. 1 u. 2 S. 101.)

Verf., der dieses Thema in seiner Inauguraldissertation bereits behandelt hat (Experimentelles zur Entscheidung der Frage über den Zusammenhang von chronischer diffuser Nephritis und Hypertrophie des l. Ventrikels), veröffentlicht hier dieselbe Arbeit, lässt ihr jedoch jetzt ein sehr werthvolles, erschöpfendes Resumé über sämmtliche diese Frage berührende Theorieen vorangehen (s. Original). Die gesammten aufgestellten Theorieen lassen sich in vier Klassen unterbringen. 1) Die chronische diffuse Nephritis und die Hypertrophie des Herzens haben eine gemeinsame dritte Ursache (Osborne, Johnson, Gall und Sutton, Buhl. 2) Erkrankungen am Herzen erzeugen die Brightsche Krankheit (Roger, Reinhardt und Frerichs). 3) Die Herzvergrösserung ist eine Folge der Nierenentzündung (Traube). 4) Chemische Veränderungen, die das Blut beim Morbus Brightii erleidet, erzeugen die Hypertrophie des Herzens (Malmsten, Grawitz und Israel). Wenn die von Grawitz und Israel gefundenen Resultate sich in vollem Umfange bestätigen würden, so würde sich die letzte Hypothese als die richtige erweisen. Z. unternahm eine Wiederholung und Prüfung dieser Arbeit und fand sehr stark abweichende Resultate. — Nach einseitiger Nephrotomie fand Verf. die Vergrösserung der intakten Niere nicht regelmässig; in 3 Fällen war letztere sogar kleiner als die exstirpirte. — Ebensowenig bestätigte sich der wichtigste Punkt der Gr. und I.'schen Arbeit, nämlich dass der Ausfall des Parenchyms einer Niere erst vollständig compensirt sei, wenn nicht nur die zweite Niere, sondern auch das Herz hypertrophire. Der Grawitz'sche Index zur Beurtheilung der Hypertrophie ist ausserdem keineswegs ein constanter, für einen Beweis daher unbrauchbar; nach andern Untersuchungsmethoden konnte Verf. niemals Herzhypertrophie nachweisen; ebensowenig kann Z. die Vermehrung des Harnstoffgehalts

zugeben. Nach alledem erscheint Verf. zu dem Schlusse berechtigt, dass es bisher nicht gelungen ist, durch Thierversuche eine endgültige Entscheidung über den Zusammenhang von Morb. Brightii und Herzhypertrophie zu geben.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

---

626. **W. Ebstein, Krebs der Niere und der Schilddrüse.** (D. Arch. f. kl. Med. XXX. S. 399.)

Abgesehen von der Seltenheit der Combination des Krebses der Niere und der Schilddrüse, liefert die Mittheilung E.'s einen interessanten Beitrag zur Unterscheidung des primären und secundären Carcinoms dieser Organe, und zur Differentialdiagnose des Aneurysma der Brustaorta.

Der Fall ist folgender: Ein 60jähr. Mann, welcher seit mehreren Jahren kurzathmig war und allmählig abmagerte, wurde plötzlich heiser. Die Störung der Stimme, sowie Schmerzen in der L. Brusthälfte veranlassten seinen Eintritt ins Hospital. Die Untersuchung ergab vollkommene Paralyse des L. Stimmbandes, unregelmässigen, jedoch nicht beschleunigten Puls, Füllung der correspondirenden Arterien am Hals und Arm ungleich: Rechte Radialis eng, wenig gefüllt, gegenüber der linken; R. Carotis sehr deutlich, die L. fast gar nicht zu fühlen. An der Ansatzstelle des L. Sternocleidomastoideus eine erbsengrosse verschiebliche Drüse. Ueber dem obersten Theil des Sternum Dämpfung, welche den R. Rand desselben überschreitet und nach abwärts bis zur 3. Rippe eine Breite von ca. 10 cm. hat. Mässige Verbreiterung der Herzdämpfung; mittelgrosses pleuritisches Exsudat L. — Das Exsudat (Probepunction) ist trübe, dunkel gefärbt und enthält weisse und rothe Blutkörperchen, ferner vacuolenhaltige Zellen. — Phthisis der L. Lungenspitze. Am Abdomen und seinen Organen ist nichts Krankhaftes aufzufinden. Urin ohne Eiweiss. Unter fortdauernder Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Auftreten von heftigen Athembeschwerden tritt plötzlich der Tod ein.

Die Section ergab Krebs der nicht vergrösserten R. Niere, deren untere Hälfte von einer hellgrauen Tumormasse fast ganz ersetzt ist; Metastasen in Lymphdrüsen, rechte Niere, Leber, Lunge, Pleura, sowie in die Glandula thyreoidea, in deren R. Lappen ein scharf umschriebener Knoten, während in dem linken ein vollauf grosser, jedoch nicht circumscripter, allmählig in das normale Gewebe übergehender Krebsknoten sich vorfindet; fettige Degeneration des N. Recurrens, welcher, wie die abgeplatteten Halsgefässe, dem Druck des Tumors ausgesetzt war; Herzhypertrophie; chronische Endocarditis; Pleuritis.

Ueber die Frage der primären oder secundären Natur des Krebs der Niere und Schilddrüse ergab die mikroskopische Untersuchung der Organe Aufschluss. Der allmählige Uebergang des Gewebes der Niere

in das der Geschwulst, und die mehrfach nachgewiesenen Uebergänge zwischen normalen Nierenepithelien und Wucherung derselben in der Continuität desselben Harnkanälchens sprachen für die primäre Erkrankung der Niere. Die Annahme eines secundären Carcinoms der Schilddrüse fand ihre Stütze in der im interstitiellen Gewebe nach der Peripherie hin sich ausbreitenden Krebswucherung und der auffallend langen Persistenz, der die im Allgemeinen unveränderten, nur verdrängten Drüsenbläschen ausfüllenden Colloidmassen, welche nach Schilderung Kaufmann's beim primären Krebs der Schilddrüse durch die primäre Wucherung des Bläschenepithels frühzeitiger zerklüftet werden und im weiteren Verlauf rascher verschwinden.

Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose war in vorliegendem Falle auf ein Aneurysma des Aortenbogens gestellt worden, welche Diagnose sowohl in Bezug auf die klinischen Erscheinungen, als auch in dem Mangel aller auf Carcinomerkrankung hindeutenden Symptome ihre Berechtigung fand.

Hindenlang.

627. **M. Litten, Einige Fälle von mycotischer Nierenerkrankung.** (Zeitschr. f. klin. Med. 1882. Bd. IV. H. 1 u. 2.)

Verf. hat zwei Fälle mit folgendem Symptomencomplex beobachtet: Beginn der Erkrankung mit Schüttelfrost und starker Temperatursteigerung (ohne vorhergegangene Prodrome); ebenfalls im Beginn gastrische Erscheinungen und Albuminurie. Die Harnausscheidung nahm rapide ab und hörte fast gänzlich auf, um bis zum Tode nicht wieder zu kehren. Im Harn starker Eiweissgehalt, rothe Blutkörperchen und die verschiedensten, z. Th. ganz auffällig breiten Cylinder. Es traten Oedeme auf, die schnell zunahmen, das Sensorium wurde benommen und nachdem sich die komplete Symptomenreihe der Uraemie eingestellt hatte, trat der exitus letalis nach etwa einwöchentlichem Bestehen der Krankheit ein. Bei der Sektion wurde neben den Veränderungen, wie sie alle Infektionskrankheiten übereinstimmend darbieten, eine diffuse Nierenerkrankung gefunden, die in einer ganz kolossalen Bakterieninvasion der sekretorischen und circulatorischen Abschnitte dieses Organs bestand. — Einen ähnlichen Fall fand L. von Bamberger beschrieben, wenn auch in diesem die bakteritische Natur des Prozesses nicht erkannt wurde; zwei andere fast gleiche Fälle wurden von Aufrecht 1881 veröffentlicht; da das L.'sche Manuscript sich bereits in den Händen der Redaktion befand, konnten sie bei der Besprechung nicht mehr berücksichtigt werden.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

628. Jahresbericht des allgemeinen ärztlichen Vereins zu Köln für 1880/81.

Aus den Sitzungsberichten dieses Vereins, (der Ende 1881 90 Mitglieder zählte,) geben wir in Folgendem Auszüge aus einigen Vorträgen, die innerhalb des von diesem Blatte umfassten Gebietes liegen und anderweitig noch nicht veröffentlicht sind.

Dr. **Korach** berichtet über einen höchst seltenen Fall von „Xanthelasma planum et tuberosum universale“, der eine 25 jährige Dame betrifft, die in Folge von dauerndem totalem Choledochus-Verschluss an chron. Icterus litt. Unter starkem Hautjucken hatte dieser Monate bestanden, als das Xanthelasma innerhalb weniger Wochen in der typischen, schmutzig-blassgelben Farbe an den verschiedensten Körpertheilen auftrat, an den Streckseiten der Ober- und Unterextremitäten und den Nates in der tuberösen, an den Beugeseiten in Form des Xanthelasma planum et maculosum. In den Handtellern und der Volarfläche der Finger und Zehen folgen die confluirenden Flecke den Linien und Furchen der Haut. Als sich nach einem einjährigen Spitalaufenthalt der Gallenabfluss wieder herstellte und der Icterus abnahm, schwanden in gleichem Maasse auch die Xanthelasmaflecke grösstentheils (in den Handtellern bestehen sie noch; Icterus hat in letzter Zeit wieder zugenommen). Mikroskopisch zeigten die Knötchen in Uebereinstimmung mit den Angaben Waldeyer's einen Wucherungsprocess der Bindegewebszellen des Coriums mit ausserordentlich feinkörniger Degeneration oder Infiltration derselben ohne jede Hypertrophie oder Hyperplasie der Talgdrüsen.

Leichtenstern: Ein 32 jähriger Mann hat seit $^1/_2$ Jahr das allmähliche schmerzfreie Anwachsen einer Geschwulst im Unterleibe bemerkt. Abdomen gewaltig ausgedehnt, misst in der Nabelhöhle 122 ctm. Der Tumor, von glatter Oberfläche, elastisch weich, ohne Fluctuation, reicht nach oben bis zum Schwertfortsatz, nach unten bis zur Symphyse und in's Becken, ist von der Milz und Leber abgrenzbar, gehört auch nicht der Niere an. Därme nach oben und hinten gedrängt. Interessant dabei die anhaltende Polyurie (3500—5000 cc, spec. Gew. 1003—6). L. sucht diese Erscheinung aus dem Drucke des Tumors auf den unterhalb des Abgangs der art. renal. liegenden Aortentheil zu erklären und der dadurch bedingten Drucksteigerung in den Nierenarterien, da Pat. wegen des das Zwerchfell hinaufdrängenden und die Athmung erschwerenden Tumors fast stets sitzt oder geht. Daher war die art. cruralis fast ganz, die poplitea und dorsalis pedis ganz pulslos. Trotz des auffallenderweise fehlenden Oedems der Unterextremitäten konnte aus den prall gefüllten ven. epigastr. inf. subcut. und ven. thorac. longae auf Compression auch der ven. cava inf. geschlossen werden. — Die später operativ entfernte 15 Pfund schwere Geschwulst erwies sich als ein weiches medulläres Spindelzellen-Rundzellensarcom mit schleimiger und fettiger Umwandlung einzelner Theile des Tumors, der vom retroperitonealen Zellgewebe der hinteren Bauchwand ausging.

Korach: Hemisystolie. 37 jähr. Frau mit Cyanose, Hydrops, Dilatation des r. Ventrikels. An der Herzspitze ein lautes langes systol. blasendes Geräusch, das mit einem kurzen schwachen diastol. Ton abschliesst; gleich darauf folgt, einer 2. Contraction entsprechend, ein zweites kürzeres aber ziemlich lautes systol. Blasen, dem ein kurzer intensiver zweiter Ton nachfolgt. Darauf längere Pause. Dem ersten systol. Geräusch synchron ist der Radialpuls; man zählt doppelt so viele Herzcontractionen (80) als Radialpulse (40). Der Bulbuspuls der jugularis ist ebenfalls aus 2 rasch aufeinander folgenden Pulsen zusammengesetzt, wovon der 2. deutlich grösser als der 1. Unter den Pulsbildern der Radialis zeigt sich wiederholt im absteigenden Schenkel der 1. Pulswelle eine der 2. rudimentären Ventrikularcontraction entsprechende Elevation. „Auch für den vorliegenden Fall ist die Annahme einer beide Herzhälften in gleicher Weise treffenden Herzbigeminie die einzig und allein berechtigte.“ Section: Mitralstenose.

B. Auerbach (Köln).

Neue Bücher.

Balfour, Clinical Lectures on diseases of the heart and aorta. 2nd. ed. London, Churchill. 12 sh. 6 d.

Böing, Thatsachen zur Pocken- und Impffrage. Eine statistisch-ätiologisch-kritische Studie. Leipzig, Breitkopf & Härtel. 2 M. 50 Pf.

Bulkely, Eczema and its management. New-York. 15 sh.

Halbertsma, Aetiologie d. Eclampsia puerperalis. (Samml. klin. Vorträge 212.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Hamilton, Nervous diseases, their description and treatement 2nd. ed. Lond., Churchill. 16 sh.

Lyman, Artificial anaesthesia and anaesthetics. 6 M. 70 Pf.

Morton, Refraction of the Eye, its diagnosis and the correction of its errors. With chapter on Keratoscopy. Philadelphia. 5 sh.

Mosetig-Moorhof, Jodoform-Verband. (Samml. klin. Vorträge 211.) Leipz., Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Oberst, Die Zerreissungen der männlichen Harnröhre und ihre Behandlung. (Samml. klin. Vorträge 210.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. **23. Februar.** **Nro. 47.**

629. **Herzog** (Graz), **Ein Fall von Morbilli-Scarlatina.** (Berl. kl. Wochenschr. 1882. Nr. 7.)

Verf. bringt für die früher so viel bestrittene jetzt durch zahlreiche Beobachtungen bewiesene Möglichkeit des gleichzeitigen Bestehens zweier acuter Exantheme, insbesondere von Masern und Scharlach, ein neues Beispiel. Ein 8jähriger Knabe erkrankte unter leichten katarrhalischen Erscheinungen der Luftwege und der Conjunctiva an Masern, am 4. Krankheitstage trat Abblassung des Exanthems und normale Temperatur ein, an demselben Abende wieder plötzliches Fieber von 40° C. mit heftiger Angina und Milztumor und am folgenden Tage Eruption eines charakteristischen Scharlachausschlags. Während am 6. Tage bereits eine kleienförmige Abschuppung im Gesichte, Nacken und Halse auftrat, breitete sich das Scharlachexanthem noch weiter

aus, zugleich stellte sich eine intensive Stomatitis ein. Hierauf Abblassung der Scharlachröthe und lamellöse Abschuppung, welche die kleienförmige überdauerte.

Kohts (Strassburg).

---

630. **Pott** (Halle), **Impfversuche mit aseptischer Vaccinelymphe.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde. XVII. Band. 2. u. 3. Heft. 1881.)

Verf. mischte frische Humana-Lymphe āā mit Salicylwasser 1:300. Borwasser 3,5:100, Carbolwasser 1,0—5,0:100,0 und impfte damit. Die Mischungen erwiesen sich alle wirksam, nur 5 % Carbollymphe war unwirksam, so dass man annehmen muss, dass 5 % Carbollösung das eigentliche Vaccinegift zerstört. Bei den 3—4 % Carbolimpfungen schien sich eine Verzögerung der Pocken um circa 2 Tage geltend zu machen, während sich die Impfungen mit Salicylsäure und Borsäure in nichts von den Impfungen von Arm zu Arm unterschieden. Nachtheile traten keine zu Tage. Als Vortheile macht Pott geltend, dass

1) das in der Lymphe enthaltene „erysipelatöse Gift" vielleicht durch Zusatz von antiseptischen Lösungen zerstört wird und vaccinale Früherysipele vermieden werden;

2) dass die aseptische Lymphe sich voraussichtlich Jahre lang aufbewahren lässt, ohne dass sie verdirbt;

3) dass die Lymphe dünnflüssiger ist, keine Fibringerinsel enthält und mit der verdünnten Lymphe mehr als doppelt soviel Kinder geimpft werden können, als mit reiner Lymphe.

Kohts (Strassburg).

---

631. **Kopff** (Krakau), **Günstiger Einfluss von Erysipelas auf den acuten Gelenkrheumatismus.** (Przeglad lekarski 1881, Nr. 43. und 44. polnisch.)

Der günstige Einfluss des Erysipelas auf den Verlauf von Hautkrankheiten, Syphilis, Scrophulose und anderer Leiden ist schon oft anerkannt worden. Ein ähnliches Verhältniss zwischen Rothlauf und Gelenkrheumatismus beobachtete nur Champouillon, wo im Verlaufe einer chronischen Kniegelenksentzündung mit consecutiver Knochencaries und Phlegmone der Ausbruch von Erysipel die primäre Krankheit sehr günstig beeinflusst hat, so dass Patient in kurzer Zeit vollständig genas.

Vf. berichtet über vier auf der Abtheilung des Doc. Dr. Parenski im Krakauer Lazarus-Spital behandelte Fälle, in welchen die günstige

Beeinflussung des acuten Gelenkrheumatismus durch Erysipel klar zum Vorschein kam.

Fall 1. Ein 36 jähriger Tagelöhner, aufgenommen am 7. I. 1879, leidet seit 3 Wochen an Gelenkrheumatismus. Die Schwellung trat zuerst im rechten Schultergelenke, darauf in den Ellenbogen- und Kniegelenken derselben Seite, endlich in beiden Sprunggelenken auf. Temp. normal, Puls beschleunigt. Die Anwendung von Ammonium causticum und Morphin, später auch subcutane Injectionen von Jodkali (2 %) blieben fast ohne Einfluss auf die Intensität der Krankheit. 10 Tage darauf tritt rechtsseitige croupöse Pneumonie auf, während welcher die Schwellung der Gelenke bedeutend abnimmt und die Schmerzen fast gänzlich verschwinden. Am zweiten Tage nach dem kritischen Ausgange der Pneumonie werden die Schmerzen in den Gelenken wieder stärker und bald stellt sich auch das entzündliche Oedem wieder ein. Indessen zeigt sich am 3. II. 79 nach prodromalen Erscheinungen Erysipelas der Nasenhaut, verbreitet sich darauf aufs Gesicht und die Hinterhauptgegend. Am 8. II. waren die Gelenke schon merklich abgeschwollen, am 10. II. weicht das Fieber, die Haut am Gesicht und Kopf schuppt sich ab, die Schwellung und die Schmerzen der Gelenke sind ganz geschwunden. 5 Tage darauf recidivirte das Erysipel an denselben Stellen, die Schwellung der Gelenke zeigte sich nicht wieder und am 25. III. konnte Pat. als vollkommen geheilt entlassen werden.

Fall 2 betraf eine 25 jähr. Dienstmagd, die am 19. II. 1879 aufgenommen wurde. Seit 8 Tagen besteht eine starke Schwellung, Röthung und Schmerzhaftigkeit des rechten Handgelenkes. Ammon. caust., Morphin, Priessnitz'sche Umschläge, Fixirung des Gliedes, Massage, Jodtinctur, Vesicantien blieben fast ohne Erfolg. Am 3. V. bricht Erysipel in der linken Ohrgegend aus und verbreitet sich schnell aufs Gesicht. Die Schwellung des afficirten Handgelenkes schwand alsbald vollständig und kehrte auch nach Ablauf der Erysipelas nicht wieder.

Fall 3. 40 jähr. Dienstmagd leidet seit 10 Tagen an acutem Gelenkrheumatismus; Temp. 39.0° C., P. 96. Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Handgelenke, bald darauf auch des r. Schulter- und des l. Kniegelenkes. Natrum acet., Salicylsäure und salicylsaures Natron blieben ziemlich erfolglos. Da tritt am linken Vorderarme Erysipel auf und rückt schnell bis zur Schulter hinab. Gleichzeitig verliert sich die Schwellung des linken Handgelenkes, während die übrigen afficirten Gelenke weniger schmerzhaft werden. Am 6. Tage nach dem Ausbruch des Erysipels schwand auch die Schwellung des rechten Handgelenkes, während sie am Knie bedeutend abnahm. Leider erlag Patientin einer plötzlich aufgetretenen Lungenentzündung.

Fall 4. 18 jähr. Dienstmädchen, aufgenommen am 20. IX. 1880, seit 5 Tagen krank; Temp. 39.5. Das Sprunggelenk rechts, das Knie- und Handgelenk links geschwollen, geröthet, sehr schmerzhaft. In kurzen Abzügen treten noch (bei Temp. 40.0) Entzündungen des rechten Knie- und Ellenbogengelenks auf. Fast erfolglose Darreichung von Chinin und Salicylsäure. Nach plötzlich auf Augenlidern, Nase, Stirn und Wangen aufgetretenem Erysipel schwollen die Gelenke rasch ab. In einigen Tagen schwand die Schwellung auch aller übrigen Gelenke

vollständig. Am 23. X. verliess Pat. das Krankenhaus vollkommen geheilt.

Verf. recapitulirt die von ihm anderwärts berichteten Beobachtungen über den günstigen Einfluss anderer fieberhafter (besonders Infections-) Krankheiten auf den acuten Gelenkrheumatismus. Der Einfluss des Erysipels sei hier nur insofern eigenartig, als nach Ablauf desselben die rheumatische Affection der Gelenke nicht wiederkehrt, wie es nach anderen intercurrenten fieberhaften Krankheiten zu geschehen pflegt (siehe Fall 1.). Nachdem Verf. noch die von Du Bois, Zuelzer, Hueter und Tillmanns aufgestellten Erklärungsweisen des besagten Einflusses von Erysipel auf andere Krankeiten als unzureichend erklärt, will er hiebei das Verhältniss zwischen dem Contagium der primären Krankheit und dem des intercurrirenden Erysipels als eine Art „Kampf ums Dasein“ aufgefasst wissen. Die Frage, ob etwaige Impfung des Erysipels als therapeutische Maassnahme im Verlaufe anderer Krankheiten vorzunehmen wäre, verneint Verf. entschieden, nicht nur, weil die beabsichtigte Uebertragung des Erysipelcontagiums selten gelingen dürfte, sondern auch deshalb, weil der Arzt den weiteren Verlauf des Erysipels willkürlich zu beherrschen nicht im Stande ist, so dass dasselbe manchmal gefährlicher als die primäre Krankheit selbst werden könnte.

Smolenski (Ernsdorf i. Schlesien).

---

632. **A. Chauffard, Note sur un cas de cérité et surdité cérébrales, avec blépharoptose droite incomplète par lésion du lobule pariétal gauche inférieur et du pli courbe.** Fall von cerebraler Blindheit und Taubheit mit unvollständiger rechtsseitiger Blepharoptosis nach Läsion des linken unteren Parietallappens und des Gyrus angularis. (Revue de médecine 1881. Nr. 11.)

Ein 44jähriger Kellner, der bereits seit mehreren Monaten im Spital an einer unvollkommen compensirten, von allgemeinem Hydrops begleiteten Herzhypertrophie behandelt worden war, verlor am 10. October 1881 Abends plötzlich Sprache und Intelligenz und bot am nächsten Morgen folgenden Zustand dar:

Patient sitzt wie gewöhnlich auf seinem Bett, bewegt sich aber nicht, ist stumm, starrt ins Leere. Auf Fragen antwortet er nicht, Gesichts- und Gehörseindrücke scheinen ihm nicht zum Bewusstsein zu gelangen, er scheint überhaupt nichts von dem zu wissen was um ihn her vorgeht. Und doch wendet Pat., wenn man recht laut auf ihn einredet, wie mechanisch den Kopf nach der Richtung, woher gesprochen wurde; und er greift auch nach bekannten, täglich von ihm benutzten Gegenständen, z. B. nach seinem Glas, seinem Spuckgefäss, in ganz zweckmässiger Weise; eine Blindheit oder Taubheit im gewöhnlichen Sinne besteht also nicht. Bei Nadelstichen in die Haut zieht er langsam

die gestochene Extremität zurück, verräth aber keine Schmerzempfindung. Ausserdem fällt an ihm eine leichte rechtsseitige Ptosis auf.

In den nächsten Tagen derselbe Zustand; Pat. spricht, meist unverständlich, viel vor sich hin. Am 13. Oct. wurde der cerebrale Torpor noch stärker, Exitus.

Bei der Autopsie fand sich neben einem stark hypertrophischen Herzen und den Erscheinungen allgemeiner Stauung die Aorta in ihrem aufsteigenden und queren Abschnitt hochgradig endarteritisch entartet und mit einem frischen ulcerösen Defecte versehen; an der Oberfläche der linken Grosshirnhemisphäre ein deutlicher rother Erweichungsherd, fast von der Grösse eines silbernen Fünffrankstücks, welcher den Gyrus supramarginalis und den Gyrus angularis einnahm, nach oben bis zum Sulcus interparietalis, nach unten bis an das obere Ende der ersten Schläfenfurche und der beiden sie begrenzenden Schläfenwindungen reichte: an diesen Stellen waren Rinde und unterliegender Theil des Marklagers rosig erweicht.

Verf. bemerkt zu diesem Fall, dass bei dem erwähnten anatomischen Befunde die Parese des r. Levator palp. sup. sehr gut mit den Beobachtungen von Grasset und Landouxy harmonire, wonach die cerebrale Ptosis von einer Läsion des Gyrus angularis abhänge. Die übrige eigenthümliche cerebrale Störung ist nach Verf. nicht in den Rahmen der Aphasie einzufügen: dem Patienten fehle weniger die Fähigkeit sich auszudrücken, sondern es sei ihm überhaupt der Contact mit der Aussenwelt abgeschnitten; Gesicht und Gehör seien nur noch organische Functionen, aber nicht mehr Werkzeuge geistigen Erkennens. Sehr wohl lasse sich der Fall mit den neueren Erfahrungen der Physiologen, speciell mit der Ansicht Munk's von den sensorischen Rindencentren, in Uebereinstimmung bringen.

Lüderitz (Jena).

633. **Weinlechner, Abnorm langer processus styloideus als Ursache von Schlingbeschwerden.** (Wiener mediz. Wochenschr. 5. 1882.)

Verf. führt 2 Fälle an, bei denen durch Druck des in Grösse und Verlaufsrichtung abnormen proc. styl. beschwertes schmerzhaftes Schlingen geklagt wurden.

Bei einer Frau konnte der proc. styl., der sich in der Gegend der R. Tonsille als härtlicher Körper darstellte, durch kräftigen Druck unter hörbarem Krachen nach hinten verschoben und so die Schlingbeschwerden beseitigt werden.

Bei einer anderen Frau wurde dieser Körper ursprünglich für krebsiger Natur gehalten.

Ein Versuch den Knochen zu brechen misslang. Diese Knochenvorsprünge haben höchstens bei einer Tonsillotomie Bedeutung, insofern sie den üblichen Schnitt von unten nach aufwärts behindern würden.

Seifert (Würzburg).

634. **Hack** (Freiburg), **Ueber respiratorischen und phonischen Stimmritzenkrampf.** (Wiener mediz. Wochenschr. Nr. 2—5. 1882.)

Verf. berichtet über je 2 Fälle von respiratorischem und phonischem Stimmritzenkrampf.

I. Respiratorischer Stimmritzenkrampf.

Der eine Fall, 23jährig. Mädchen, wegen Syphilis aufgenommen, zeigte dass der Krampfzustand eines Schliessmuskelpaares genügt, um direkt das Leben zu gefährden.

Es war bei der Patientin in der 2. Woche des Spitalaufenthaltes acute Laryngitis, später Parese der mi. thyreo-aryt. int. und des m. transversus aufgetreten; alle diese Erscheinungen schwanden unter indifferenten Inhalationen und Faradisation der Glottismuskulatur.

In der 4. Woche stellte sich Nachts plötzlich ein Anfall von Erstickungsnoth ein (einige Nächte vorher hatte Pat. öfters keuchend respirirt), Pat. war völlig bewusstlos, die laryng. Untersuchung ergab: processus vocales in der Mittellinie fest auf einander gepresst, vor und hinter denselben die Glottis spaltförmig eröffnet.

Es war also der gefährliche Anfall durch die spasmodische Action der mi. crico-arytaen. laterales hervorgerufen. Es gelang, durch ein Schrötter'sches Hartkautschukbougie (Nr. 5) die proc. vocales auseinander zu treiben, der Krampf liess nach, die Athmung wurde regelmässig, Pat. erholte sich völlig. Ein drohender Anfall wenige Tage später wurde durch Einlegen eines Bougies coupirt.

Es beweist dieser Fall, dass auch in sehr bedenklichen Fällen von Glottiskrampf die Tracheotomie durch Bougirung des Larynx umgangen werden kann.

2. Fall: Ein 80 jähriger Mann leidet schon seit 25 Jahren an Anfällen hochgradiger Athemnoth, Erstickungsangst.

Sämmtliche Larynxgebilde normal, nur im sinus pyriformis eine linsengrosse intensiv geröthete leicht geschwellte Stelle, durch deren Berührung sofort der typische Anfall erfolgt. Es war die erste Aufgabe der Therapie, die übermässige Erregungsfähigkeit der Nervenendigungsapparate abzustumpfen, von denen aus auf reflectorischem Wege der Krampf ausgelöst wurde und es fand diese Aufgabe ihre Lösung in der Behandlung der localisirten Schleimhautentzündung durch vorsichtige Application von Alaunpulver auf diese entzündete Stelle.

II. Phonischer Stimmritzenkrampf.

Bei den beiden unter dieser Rubrik angeführten Fällen betraf die Erkrankung vorher völlig gesunde kräftige Individuen, bei denen in keiner Weise irgend ein sonstiges Symptom nervöser Schwäche sich zeigte. Es lag beiden Fällen eine fortgesetzte Ueberanstrengung des Stimmorgans zu Grunde.

Der eine Fall betrifft einen etwa 30-jährigen kräftigen Mann, der das Amt eines Ausrufers bekleidete und wegen der Kraft seiner Stimme sich einer förmlichen Berühmtheit erfreute. Bei einer besonders starken lange dauernden Anstrengung der Stimme bekam er plötzlich die Empfindung als ob ihm die Kehle zugeschnürt würde, so dass er

nur mit grösster Mühe die Worte herauspressen konnte, wobei die Töne auffallend fistulirend wurden. Nach einer Pause von mehreren Wochen verschwanden die Erscheinungen, kehrten aber bei einer neuen Anstrengung wieder und traten dann bei jedesmaliger Bethätigung seines Ausrufergeschäftes ein, während die Stimme bei der gewöhnlichen Umgangssprache normal blieb. Schliesslich entwickelte sich eine Agoraphobie der seltsamsten Art, da Pat. auch beim gewöhnlichen Sprechen die Worte trotz der grössten Anstrengung nicht mehr hervorbrachte, sobald er sich unter freiem Himmel auf offenem Platze befand. Die Untersuchung ergab nichts Abnormes, die Stimmbänder wenig geröthet, schlossen prompt ohne krampfartige Schnelligkeit.

Percutane Faradisation und centrale Galvanisation erwiesen sich als nutzlos. Sein Ausruferamt gab Pat. nicht auf, es bereitete sich schliesslich langsam ein Uebergang von der zeitweiligen zur dauernden Aphonie vor. Verf. ist geneigt, den geschilderten Krampf als Reflexneurose aufzufassen, bei welcher die Erregung der motorischen Nerven von den sensiblen Muskelnerven ausging, wenigstens wäre es nicht undenkbar, dass für diese letzteren gerade die bei der Ermüdung der Muskulatur vorkommenden circulatorischen und chemischen Veränderungen einen stärkeren Reiz bildeten.

Der letzte Fall betrifft einen musculös gebauten Sergeanten, der wegen seiner lauten Commandostimme allgemein bekannt war.

Im September 1880 bekam er leichten Pharynx- und Larynxcatarrh, so dass er leicht heiser wurde. Im folgenden November konnte er nur noch in tiefer Stimme commandiren, von den höheren Tönen brachte er schliesslich nur noch ein hohes gepresstes „i“ heraus. Die catarrhalischen Erscheinungen waren sehr gering und erklärten nicht den hohen Grad der Stimmstörung.

Einige Monate später constatirte H., dass sich die Stimmbänder beim Phoniren aneinander legten, aber noch einen schmalen Spalt zwischen sich liessen, am auffallendsten war das Fehlen der Vibrationen der Stimmbänder. Hie und da konnte man bei stärkeren Anstrengungen des Pat. wahrnehmen, dass sich das rechte Stimmband einen kurzen Moment über das linke hinüberlegte.

Pat. klagte über zusammenschnürendes Gefühl in der Kehle, ebenso über drückende Schmerzen auf der Brust unter dem Sternum.

Percutane und endolaryngiale Faradisation, sowie centrale Galvanisation hatten keinen Erfolg. Absolute Ruhe des Stimmorgans brachte die geringen catarrhalischen Erscheinungen zum Verschwinden, die Aphonie blieb dieselbe.

Auffallend war, dass Pat. im Excitationsstadium der Chloroformnarcose ganz laut schreien konnte, aber nach dem Erwachen wieder aphonisch wurde. Schliesslich gewöhnte sich Pat. an seine Aphonie und sprach nur noch mit Flüsterstimme.

Emphysembildung in den Lungen war nicht nachweisbar.

Es betheiligten sich am Krampfe weder die crico-arytaen. later. noch der transversus, sondern nur die in den Stimmbändern verlaufenden Muskeln.

Die Adductoren schieben bei den Phonationsversuchen die Stimmbänder in normaler Weise in die Mittellinie, aber der Exspirationsstrom

vermag die übermässig gespannten Saiten nicht zum Schwingen zu bringen. Verf. macht schliesslich noch auf die hohe Bedeutung der Thatsache aufmerksam, dass es einen partiellen Spasmus, isolirten Krampf einzelner Adductoren ebenso gut gibt, wie eine isolirte Lähmung einzelner Adductoren.

Seifert (Würzburg).

---

635. J. Grancher, **Du tympanisme sousclaviculaire étudié au point de vue des épanchements pleuritiques.** Ueber den subklavikulairen tympanitischen Schall bei pleuritischen Exsudaten. (Gaz. d. hôpit. 1882. Nr. 7.)

Der subklavikulaire tympanitische Schall bei pleuritischen Exsudaten kann verbunden sein: 1) mit verstärkter Respiration und mit Verstärkung der Stimmvibrationen, 2) mit Verstärkung der Stimmvibrationen und mit Verminderung der Respiration, 3) mit Verminderung des Respirationsgeräusches und mit Verminderung der Vibrationen. Jeder dieser drei Fälle entspricht einem besonderen Zustand der Lunge.

1. In dem 1. Falle (son +, vibration +, respiration +), wo die Respiration pueril und die Verstärkung der Vibrationen gegenüber der gesunden Seite beträchtlich sein kann, schliesst G. auf Integrität des Lungenparenchyms; dasselbe ist zwar komprimirt und verdrängt, aber es nimmt nicht direkt Theil an dem Krankheitsprozess. Die Pleuritis ist einfach und gibt die besten Aussichten auf vollständige Genesung („tympanisme de suppléance“).

2. In dem 2. Falle (son +, vibration +, respiration —) kann das Respirationsgeräusch nur wenig vermindert oder fast ganz aufgehoben sein. Der obere Lungenlappen ist dann mit afficirt; er ist entweder im Zustand einfacher Compression, oder er ist tuberkulös erkrankt, und diese Erkrankung kann schon vorher bestanden haben und kann die Pleuritis überdauern; der letztere Fall ist sehr häufig, und stets ist das Athmungsgeräusch abgeschwächt, während die Vibrationen verstärkt sind. „Der subklavikuläre tympanitische Schall, verbunden mit Verstärkung der Stimmvibrationen und mit beträchtlicher Abschwächung der Respiration hat meistens eine Form der Lungentuberkulose zur Grundlage, welche durch ein pleuritisches Exsudat markirt ist“ (tympanisme de congestion“).

Der 3. Fall (son +, vibration —, respiration —) trifft zu, wenn eine Compression des Lungenhilus oder der grossen Bronchien des Oberlappens der Lunge durch das pleuritische Exsudat stattfindet, und bei Hydrothorax mit Lungenödem („tympanisme de compression et d'oedéme pulmonaire“). Diese dritte Form des Tympanismus ist viel seltener als die erste und insbesondere als die zweite, welche sich bei weitem am häufigsten findet.

Krankengeschichten und Sektionsbefunde bestätigen die aus dem Verhalten der drei Symptome gezogenen Schlüsse.

E. Bardenhewer.

---

636. **A. Fraenkel, Die klinischen Erscheinungen der Arteriosclerose und ihre Behandlung.** (Zeitschr. f. kl. Medic. IV, S. 1.)

In einigen einleitenden Bemerkungen berührt F. die Aetiologie der Arteriosclerose und die klinisch zunächst interessirende Frage über den ursächlichen Zusammenhang der Krankheitserscheinungen mit den anatomischen Veränderungen der Gefässe. Die hierüber angestellten Betrachtungen machen es im Einklang mit den schon früher ausgesprochenen Theorien (Traube) in hohem Grade wahrscheinlich, dass der anatomischen Veränderung gegenüber der Ausbildung der Krankheitserscheinungen nur eine sekundäre Rolle zufalle, dass alle diejenigen Momente, welche erfahrungsgemäss zur Arteriosclerose einen begünstigenden Einfluss ausüben, zunächst eine Steigerung des Gefässdruckes herbeiführen. Solche Momente sind gegeben in Abnormitäten der Lebensweise, wie sie zum Theil durch sociale Verhältnisse bedingt, dann ist aber auch der Einfluss bestimmter Constitutionsformen nicht zu verkennen. In der besseren Gesellschaftsklasse sind es sowohl jene corpulenten aufgeschwemmten Individuen, bei denen die opulente Lebensweise im Missverhältniss steht zu ihrer geringen körperlichen Bewegung, — als auch magere, die vorzüglich zu einer sitzenden Lebensweise gezwungen sind. Bei beiden Klassen bilden die frühzeitig auftretenden Circulationsstörungen, Stauung im Pfortadersystem, das primäre die arterielle Spannung und die Gefässerkrankung herbeiführende Moment.

In den niedern Schichten der Bevölkerung ist es der vermehrte Alkoholgenuss, welcher für die Druckerhöhung und das Zustandekommen der sclerotischen Veränderungen verantwortlich gemacht wird.

In den Vordergrund der klinischen Erscheinungen — welche bisher in den verschiedenen Lehrbüchern eine der Wichtigkeit der Affection entsprechende Berücksichtigung nicht gefunden, häufig auch verkannt und falsch gedeutet wurde — tritt die durch die vermehrten Widerstände für die Entleerung des L. Ventrikels bedingte Massenzunahme des L. Ventrikels, welche in der Mehrzahl der Fälle — meist gleichzeitig mit Dilatation — vorhanden ist. Die einmal ausgebildete Herzhypertrophie, deren Diagnose sich oft erhebliche Schwierigkeiten entgegenstellen, bildet die Grundlage des klinischen Symptomenbildes, und sind die im Verlauf der Affection auftretenden Störungen in erster Linie von dem Verhalten des Herzens abhängig zu machen.

„Die Kranken unterscheiden sich nach dieser Richtung hin in nichts von den mit einem Klappenfehler behafteten Patienten." Die zu Tage tretenden Symptome sind zunächst auch diejenigen einer Compensationsstörung, deren früheres oder späteres Auftreten von individuellen Verhältnissen, von der Ernährung und Lebensweise abhängig. Von

den leichteren Erscheinungen sind es die bei verhältnissmässig geringen Anstrengungen auftretende Beklemmung und Athemnoth, welche sich oft plötzlich zu einem schweren Anfall von cardialem Asthma steigern kann. Weiterhin sind es leicht recidivirende Katarrhe der verschiedenen Theile des Respirationstractus, bald rasch vorübergehende Schwindelanfälle, welche auf die veränderten Circulationsverhältnisse zurückzuführen sind und auf das Krankheitsbild aufmerksam machen. Bedeutungsvoller und gerade wegen der Häufigkeit bei Arteriosclerose wichtig sind jene unter den Erscheinungen eines paroxysmenweise auftretenden Schmerz- und Oppressiongefühls in der regio cordis unter Angst und Beklommenheit einhergehenden Anfälle von Angina pectoris. Die Ursache des Zustandekommens dieser Erscheinung sieht Verf. in einer vorübergehenden Schwäche des L. Ventrikels bei ungestörter Thätigkeit des Rechten.

Bedrohlicher als die das Leben meist nicht direkt gefährdenden stenocardischen Anfälle sind die im weitern Verlauf auftretenden Anfälle von cardialem Asthma, bei welchen das Herz wiederum den Ausgangspunkt der Erscheinungen bildet, welche auf der Abnahme der Leistungsfähigkeit des L. Ventrikels und der consecutiven Stauung im Lungenkreislauf beruhen. Das Bemerkenswerthe im Symptomenbild dieser Zufälle ist die Acuität derselben, das unerwartet plötzliche Einsetzen einer colossalen Dyspnoë (im Gegensatz zur Angina pectoris, wo dieselbe völlig fehlt), Cyanose, Pulsbeschleunigung, Schweisssecretion, Auftreten von Rasselgeräuschen über der Lunge, besonders H. U., mit spärlichem zähem Auswurf. Die Dauer ist verschieden, oft mehrere Stunden. Mit der Zunahme der Häufigkeit der im Lauf der Zeit in immer kürzeren Intervallen erfolgenden Anfälle hält meist eine Zunahme der Heftigkeit und Dauer gleichen Schritt. Allmählig entwickeln sich Veränderungen im Athemtypus (Cheyne-Stokes Phänomen), in der Qualität des Pulses (Nachlass der Spannung, Irregularität), physikalisch ist eine zunehmende Dilatation des L., später auch des R. Ventrikels zu constatiren, dauernde Stauung im Körpervenensystem, hydropische Erscheinungen.

Der Exitus lethalis tritt schliesslich unter den Erscheinungen des Lungenödems oder plötzlicher Herzparalyse ein. Durch Mittheilung zweier Krankengeschichten und Sectionsbefunde von Fällen cardialen Asthmas illustrirt Fr. die Frage von dem Zusammenhang dieser Zustände mit greifbaren anatomischen Veränderungen in der Structur des Herzmuskels. Diese sowohl wie anderweitige Erfahrungen lehren, dass die angenommene verminderte Leistungsfähigkeit des Herzens nicht allemal auf degenerative Processe der Herzmusculatur zurückzuführen ist, und die Erscheinung des cardialen Asthmas in keinem direkten Zusammenhang mit anatomischen Veränderungen des Herzens stehe, sodass also in der Pathogenese der Angina pectoris und des cardialen Asthma eine gewisse Uebereinstimmung nicht von der Hand zu weisen.

Die vorzugsweise Localisation der sclerotischen Processe an den Herzarterien führt nicht, wie man erwarten sollte, zu Abweichungen im klinischen Bild, aus denen eine Erkenntniss der Affection möglich wäre. Zwei Symptome sind es, welche wenigstens den Verdacht einer Sclerose der Coronararterien zulassen: 1) eine andauernde abnorme

Pulsverlangsamung, 2) ein frühzeitiges Auftreten eines irregulären Pulses bei wenig gespannten, trotzdem aber geschlängelten Radialarterien.

Bei der Behandlung ist auch der Prophylaxis ein wirksames Feld der Thätigkeit eröffnet; durch Regelung und Aenderung einer perversen Lebensweise, durch Fernehalten prädisponirender Schädlichkeiten (Alcohol), Sorge für angemessene körperliche Bewegung. Bei schon ausgebildeten anatomischen Veränderungen besteht die Hauptindication, neben den schon genannten diätetischen Maassnahmen, in der möglichen Herabsetzung der arteriellen Pulssteigerung und der dadurch nothwendigen vermehrten Herzarbeit. Erreicht wird dies zuweilen durch öftere kleinere Blutentziehungen, welche jedoch, besonders in späteren Stadien, nur mit Vorsicht anzuwenden sind. Zu versuchen sind jedenfalls nur noch weniger eingreifende Methoden, vorzüglich die Purgirmethode, wobei die Wahl der Mittel den individuellen Verhältnissen anzupassen, vortheilhaft mit diuretischen Medicamenten zu combiniren ist. Von den häufig angewendeten Glaubersalzquellen verdienen die kohlensäureärmeren (Carlsbad) den Vorzug. Ein diaphoretisches Verfahren bleibt hier aus leicht ersichtlichen Gründen ausser Betracht.

Bereits eingetretene Compensationsstörungen, besonders die gefährlichen Symptome der asthmatischen Anfälle erfordern ein excitirendes Regime. Die Anwendung ferner von Morphin in grossen Dosen bei den Anfällen ist unentbehrlich und wegen des beruhigenden, als auch nachgewiesenermassen druckvermindernden Einflusses von äusserst günstiger Wirkung. Eine Combination mit Digitalis, als eines nachhaltigen stimulirend wirkenden Mittels hat sich dem Verfasser am meisten bewährt, bei deren Dosirung übrigens möglichst zu individualisiren und deren Wirkung streng zu überwachen ist. Vor dem Gebrauch von Chloralhydrat muss dagegen gewarnt werden. Dem durch die sich mehr und mehr häufenden Anfälle folgenden Kräfteverfall ist durch ein roborirendes und excitirendes Verfahren möglichst entgegenzuarbeiten. — Ueber die von englischen Autoren (Stockes) angelegentlich empfohlene Behandlung des cardialen Asthma mit Quecksilber besitzt Verf. selbst keine eigene Erfahrung.

Hindenlang.

---

637. **Kelsch, Contribution à l'histoire des cirrhoses du foie. Note sur deux cas de cirrhose par rétention de la bile.** Zwei Fälle von Lebercirrhose in Folge von Gallenstauung. (Revue de médicine. 1881. Nr. 12.)

Verf. theilt folgende Fälle mit.

1. Eine 69jähr. Frau bekam Icterus und zunehmende Mattigkeit. Im Epigastrium fühlte man einen länglichen querliegenden, auf Druck

sehr schmerzhaften Tumor, die Stühle waren thonfarben. Später stellten sich spontane Schmerzen ein, die bei Druck aufs Epigastrium zunahmen, zeitweises Erbrechen, allmähliche Verkleinerung der Leberdämpfung, Ascites, und 4 Monate nach Beginn der Krankheit erfolgte der Exitus in hochgradigem Marasmus. Bei der Autopsie zeigte sich das grosse Netz carcinomatös entartet (jener fühlbare Tumor) und beide Blätter des Peritoneum mit Krebsknoten bedeckt. Die Leber war klein, matsch, von stark grün-icterischer Farbe. Gallenblase sammt den grossen Gallenwegen in einen orangegrossen festen Tumor verwandelt, der sich als Colloidkrebs erwies und im Innern eine grosse Anzahl kleiner Gallensteine beherbergte. Im Innern war die Leber ebenfalls auffallend weich, die grossen Gallenwege stark dilatirt. Histologisch fand sich eine starke Zunahme des die Gallenwege und Gefässe umgebenden Bindegewebes, bis ins Innere der Läppchen hinein; das eigentliche Parenchym war durch die fibröse Wucherung stark eingeengt, von blassgelber Farbe, die Mehrzahl der Drüsenzellen atrophisch. Zwischen den Parenchyminseln verstreute miliare Abscesse.

Verf. vermuthet, dass der primäre Herd der Carcinose die Gallenblase gewesen sei.

2. Ein 68jähriger Tischler bekam Gelbsucht und Schmerzen in der rechten Seite. Beides verschwand wieder, trat aber nach einigen Monaten von Neuem auf gleichzeitig mit kurzdauernden Fieberanfällen. Der Icterus nahm zu; die Leberdämpfung wurde erst stark vergrössert, später verkleinert; in der rechten Lungenspitze bildete sich Infiltration aus; die Schmerzen im rechten Hypochondrium dauerten fort. Nach einigen Monaten der Krankheitsdauer Tod im marastischen Coma. Die Section ergab Lungentuberculose und frische allgemeine Tuberculose des Peritoneums. Die Leber war atrophisch, ihre Oberfläche mit 7 bis Hühnereigrossen, mit grünlichem Eiter gefüllten Abscessen bedeckt; ihr Parenchym auf dem Durchschnitt ziemlich fest, blass olivengrün, mit zahlreichen bis kirschgrossen Abscessen durchsetzt. Ductus choledochus, hepaticus und Gallengänge bis unter die Leberkapsel verfolgbar, stark dilatirt. Gallenblase klein, enthielt etwa 20 erbsengrosse Concretionen. Ductus cysticus nahe der Mündung in den Choledochus durch Narbengewebe verlegt. Mikroskopisch zeigten sich Gefässe und Gallenwege des Parenchyms bis in die feinsten Verästelungen hinein von dichten Bindegewebsmassen umwuchert, die mittleren Gallengänge erweitert, die kleinen durch Leukocythenhaufen comprimirt oder obliterirt. Das Parenchym war, vornehmlich in der peripheren Zone des Läppchens, stark fettig infiltrirt.

In beiden mitgetheilten Fällen handelte es sich somit um eine diffuse extra- und intralobuläre Hepatitis mit degenerativem Character, welche ohne Indication des Gewebes zur Atrophie des Organes führte. Eine Drüsenentzündung mit ähnlichen Characteren wie hier bei der Leber scheine sich immer dann zu entwickeln, wenn der Abfluss des Secrets gehemmt ist: dafür sprächen die Untersuchungen Brissaud's über Epididymitis, die von Aufrecht über Nephritis beim Kaninchen. Die im zweiten Fall vorhandene Fettinfiltration sei von der Tuberculose abzuleiten.

Lüderitz (Jena).

638. **F. Marchand, Ueber eine grosse teratoide Mischgeschwulst des Ovariums und einen Fall von Inclusio foetalis abdominalis von einem 33jährigen Manne.** Nach einem in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur am 13. Mai 1881 gehaltenen Vortrage. (Breslauer ärztliche Zeitschr. 1881. Nr. 21.)

Bei einem 23 jähr. Mädchen (aus der Clientel des Dr. Schnecking in Harzburg) entwickelte sich seit Juli 1880 auf der rechten Seite des Leibes unter den Symptomen von Druck, Unbequemlichkeit, Schmerzen nach Anstrengungen, Retroversio uteri eine allmählich wachsende Geschwulst, welche im April 81 als solider Tumor des rechten Ovariums angesprochen werden konnte. Die am 3. Mai operirte Kranke starb am folgenden Tage Nachmittags unter Trismus, Krämpfen, Collaps und einer Temperatur von 39, ohne vorhergegangene peritonitische Symptome. Aus dem makroskopischen Verhalten der Geschwulst war zu schliessen, dass es sich um eine jener ziemlich seltenen Mischformen von Eierstocksgeschwülsten handelt, welche sich an Dermoide anschliessen, aber gewöhnlich eine viel complicirtere Zusammensetzung darbieten. Die an dem frischen Präparat vorgenommene mikroskopische Untersuchung wies nach: 1) Cylinderepithel (gewöhnliche niedrige Cylinderepithelien, stellenweise auch in platte Zellformen übergehend, schwer von kleinzelligem Sarkomgewebe zu unterscheiden); 2) Flimmerepithel; 3) platte Epithelien (kernhaltig und kernlos); 4) Haare mit Haarbälgen und Talgdrüsen; 5) Bindegewebe (Bindegewebsgerüst des Tumors, ferner Knorpelstückchen); 6) Myxomgewebe; 7) Sarkomgewebe; 8) Fettgewebe; 9) Knochengewebe; 10) Zahngewebe; 11) glatte Muskelfasern. Von höheren animalischen Geweben waren vertreten: quergestreifte Muskelfasern und doppeltcontourirte Nervenfasern. An Schnitten des gehärteten Präparates waren versprengte Pigmentflecke zu beobachten (zusammengesetzt aus Pigmentepithel von der Form des Retinapigmentes, — ein in derartigen Geschwülsten, wie es scheint noch nicht gemachter Befund), ferner Ganglienzellen. Einige in der Geschwulst enthaltene Cysten besassen eine Wandung, welche vollständig an Darmwand erinnerte. Von besonderem Interesse, gegenüber den gewöhnlichen Dermoiden ist die innige Durchwachsung der verschiedenen Gewebsformen. Die Geschwulst stellt sich als diffuse Vergrösserung des ganzen Eierstocks dar und ist nicht, wie Dermoide, aus einem Abschnitt desselben hervorgegangen. Die vielfach verbreitete Meinung, derartige Geschwülste seien Mischformen aus glandulären Cysten mit Dermoid, trifft für diese Geschwulst nicht zu, da die in ihr enthaltenen Cysten nicht die Zusammensetzung der gewöhnlichen Eierstocks-Cyste haben.

Das zweite Präparat, ein grosses Teratom, ist eine der grössten pathologisch-anatomischen Seltenheiten, es stammt aus der Bauchhöhle eines 33 jährigen Phthisikers, welcher keinerlei Beschwerden von der Geschwulst hatte (zufälliger Befund). Der Tumor war mannsfaustgross und lag zwischen Aorta und linker Niere. Der grösste Theil desselben besteht aus ziemlich derbem, weisslichem Bindegewebe, welches vielfach mit ebenfalls derbem Fettgewebe durchsetzt ist; letzteres scheint aus fettiger Degeneration und Verdichtung von Muskelsubstanz hervorge-

gangen zu sein. In der Mitte der Geschwulst findet sich ein hakenförmiges Knochenstück mit gelblich-rothem Mark, auch am unteren Umfang eine grosse, nicht solide Knochenmasse, eine unregelmässig gestaltete bis 1 cm dicke Knochenmasse darstellend, welche eine Anzahl Fortsätze in's Innere sendet. Von besonderem Interesse sind die zu dieser Geschwulst gehörigen Cystenbildungen. Die grösste derselben, am unteren Umfange gelegene, entleerte bei der Eröffnung einen dickflüssigen, trüben, grauweissen Inhalt (wie der einer Ovarialcyste); ihre Innenfläche ähnelt gewissen Theilen der weiblichen Genitalschleimhaut, jedoch sind die dem Uterusrudiment etwa entsprechenden Muskelbündel von Drüsen durchsetzt, welche mit denen der Prostata vollständig übereinstimmen. Eine andere Cyste (mit Steinen gefüllt) ist unzweifelhaft als rudimentärer Darm anzusehen. Eine dritte Cyste ist man berechtigt für ein Rudiment der Schädelhöhle mit Dura mater und Nervensubstanz zu halten. Zweifellos hat man es hier mit einem rudimentär entwickelten Foetus (wahrscheinlich männlichen Geschlechts) in foetu zu thun. Eine sichere Bestimmung des Geschlechts ist bei den mangelnden Keimdrüsen nicht möglich. Die Entscheidung, ob die Anlage für weiblich oder männlich zu erachten, ist von besonderer Wichtigkeit, da in vorliegendem Falle eine wirkliche Doppelmissbildung vorliegt, jene Form, bei welcher der eine Embryo in einem sehr frühen Entwicklungsstadium in die Bauchhöhle des anderen (sogen. Autositen) aufgenommen wurde, um sich, wenn auch in unvollkommener Weise, weiterzuentwickeln, und es gilt das Gesetz, von welchem bis jetzt keine sichere Ausnahme beobachtet wurde, dass Doppelmissbildungen stets gleichen Geschlechts sind.

Julius Wolff (Breslau).

---

639. **Dr. E. Boegehold** (Arzt in Berlin), **Zur Behandlung des Blasenkatarrhs.** (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. 1882.)

Edlefsen und Schüller haben im Jahre 1877 über die Therapie der Cystitis Arbeiten veröffentlicht und sind zu entgegengesetzten Resultaten gekommen. Der erstere empfahl die Anwendung von Copaivabalsam und Terpentinöl innerlich und verwirft den Katheter und die Ausspülung der Blase mit antiseptischen Mitteln, Schüller ist umgekehrter Ansicht. Der Grund dieser Meinungsverschiedenheit mag nach dem Verf. theilweise daran liegen, dass die Blasenkatarrhe, die beide behandelten, auf verschiedener ätiologischer Basis beruhten. Edlefsen glaubt mit der internen Anwendung von Kali chloricum sehr zufrieden sein zu müssen und in der That stimmen die Erfahrungen des Verf. hiermit überein; doch schreibt er einen noch eclatanteren Erfolg der gleichzeitigen mechanischen Anwendung des Kali chloricum zu.

Dass Kali chloric. chemisch auf den Katarrh einwirkt, ist nicht anzunehmen, da eine in Intervallen von 48 Stunden vorgenommene Ausspülung der Blase mit diesem Mittel einen sehr günstigen Einfluss

auf den Katarrh und die Reaktion des Urins ausübte, obwohl das Mittel nur wenige Minuten in der Blase verblieb. Ebensowenig wirkt es nach Versuchen des Verf. antiseptisch. (Fleisch mit 5 % Lösung im Brütofen gestellt, beginnt stark zu faulen und wenige Tropfen von dieser Lösung entwickelten in Nährflüssigkeit die Zeichen einer vollständigen Impfung). Verf. kommt zu dem Resultate, dass die Erfolge nur durch seine adstringirenden, „umstimmenden" Eigenschaften zu erklären sind.

Bei Blasenkatarrhen, die auf eine „Erkältung" zurückgeführt werden mussten, half schon der innere Gebrauch (10,0 : 200,0 2-stdl. 1 Esslfl.). Bei Cystitis nach Einführung von Instrumenten half nur Einspritzung von Salicyl- oder Carbolsäure. In einer Reihe von Fällen, in denen chronischer Blasenkatarrh sich aus einem acuten, durch Erkältung entstandenen, oder durch Fortleitung einer Entzündung von der Urethra aus entwickelt hatte, half nach vergeblicher innerlicher und äusserlicher Anwendung von den bisher üblichen Mitteln nur die Injection einer 3 % Lösung von Kali chloricum.

Er trägt der Casuistik durch Mittheilung von 8 Fällen Rechnung. Alle wurden angeblich am chronischen Blasenkatarrh nach Erkältung oder Gonorrhoe mit den bekannten Mitteln behandelt; der 1. Fall bekam 20 Injectionen und wurde vollständig geheilt. Im 2. Fall wurde eine bedeutende Blutung aus der Blase nach Analogie der Uterinblutungen mit Injection von Wasser von 41 ° R. gestillt und der vorher schon vorhandene Blasenkatarrh nach 10 Einspritzungen vollständig sistirt. Aehnliche Erfolge in den übrigen Fällen. Nur in einem Fall von 4 Jahre bestehendem Blasenkatarrh trat nicht völlige Heilung, aber doch bedeutende Besserung ein.

Da bis jetzt Kali chloricum innerlich noch wenig, zu Injectionen noch gar nicht angewendet wird, so empfiehlt Verf. es eindringlich.

Menche.

---

640. **E. Schwarz, Experimente über die Wirkung des Liquor ferri sesquichlorati, der Tinctura Jodi und starker Lösungen von Argentum nitricum bei direkter Einführung in die Bauchhöhle.** (Centralbl. für Gynäkologie 1882. Nr. 6.)

Die Befürchtung, dass Tinct. Jodi, Liq. ferri sesquichl., Höllensteinlösungen oder andere ätzende Flüssigkeiten, wenn sie in die Bauchhöhle gelangten, daselbst eine universelle Peritonitis hervorzurufen vermöchten, war eine sehr verbreitete. So wurden die mehr oder weniger gefährlichen entzündlichen Affektionen des Bauchfells und namentlich der Beckenorgane, welche nach intra-uterinen Injektionen zuweilen auftreten, früher fast allgemein als durch Uebertritt eines Theils der injicirten Flüssigkeit durch die Tuben in die Bauchhöhle bedingt angesehen. Des Vf.'s Resultate sind:

1. Weder die Tinct. Jodi und der Liq. ferri sesquichl., noch starke (10- und 20-procentige) Höllensteinlösungen waren im Stande, auch wenn sie in erheblicher Quantität (1 cm) direkt in die Bauchhöhle und auf die Darmwandungen gebracht wurden, eine gefährliche d. h. eiterige Peritonitis hervorzurufen.

2. Der Effekt, den die Einspritzung der genannten Flüssigkeiten hervorbrachte, war ein wider Erwarten geringer. Nur die Höllensteinlösungen verursachten sofort heftige Schmerzen; bei der Jodtinktur und dem Liq. ferri schien dies nicht der Fall zu sein. Einen kranken Eindruck machten die Versuchsthiere nur am 1. Tage, vom 2. oder 3. Tage ab war das Befinden der Thiere ein annähernd normales.

2. Mit Ausnahme von Nr. 4 und 5 blieben die Versuchsthiere am Leben und boten auch niemals Symptome dar, welche auf eine erhebliche Entzündung in der Peritonealhöhle hingewiesen hätten.

Eiterige resp. septische Entzündungen entstehen eben wie sonst überall, so auch in der Peritonealhöhle nur bei Gegenwart infektiöser Stoffe und einer für dieselben geeigneten Nährflüssigkeit.

Die Aetzwirkung der genannten Flüssigkeiten ist eine ganz oberflächliche; nur wenig in die Tiefe gehende und ist eine Nekrose der Darmwand bei ihrer Applikation jedenfalls nicht zu befüchten. Auch hat es nach den Sektionsresultaten den Anschein, als ob eine einmalige, oder in grösseren Zwischenräumen wiederholte sehr energische Aetzung der Darmserose keine Verwachsungen der Gedärme unter einander und mit ihrer Umgebung bewirken könnte, dass hierzu vielmehr eine, längere Zeit gleichmässig anhaltende, also chronische, wenn auch nur schwache Irritation erforderlich sei.

Nach diesen Versuchsergebnissen braucht man keine grossen Bedenken mehr zu tragen bei der Exstirpation adhärenter Unterleibstumoren, die Stillung etwaiger Flächenblutungen aus der Bauch- oder der Drainwandung durch Anwendung mehr oder weniger concentrirter Lösungen von Liq. ferri sesquichl. zu bewirken.

Kocks.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. **1. März.** **Nro. 48.**

641. Dr. N. Seeland, Ueber Skorbut und passive Blutungen in ätiologischer Hinsicht. (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1882. Nr. 2 und 3.)

Aus Beobachtungen und Erfahrungen, welche er als Militärarzt in dem mittleren und südlichen Theil der Küsten-Provinz Ostsibiriens gesammelt hat, gelangt Verfasser zu dem Resultate, dass „der Skorbut bis jetzt unrichtiger Weise bloss für eine durch mangelhafte Diät herbeigeführte konstitutionelle Krankheit gehalten wird". Die mangelhafte Diät (Salzfleisch und Mangel an Gemüse) könne wohl das Entstehen der Krankheit begünstigen; die wirkliche Ursache derselben seien feuchter Boden und feuchte Wohnungen und die in denselben hausenden Mikroorganismen. „Höchst wahrscheinlich ist dieser Feind auch bei den zahlreichen Schiffsepidemien das Hauptagens; man braucht ja nur ein Mal auf einem nicht ganz neuen hölzernen Schiff gewesen

zu sein, um zu wissen, dass es dort in den Kajüten und sonstigen Räumen reichlich nach Schimmel riecht“.

Nach S. liegen dem Skorbut, den passiven Blutungen und dem Wechselfieber dieselben schädlichen Einflüsse der Feuchtigkeit zu Grunde.

E. Bardenhewer.

642. **Chrostowski** (Warschau), **Gleichzeitiger Verlauf von Scharlach und Pocken bei demselben Individuum.** (Gazeta lekarska 1881. Nr. 53. Polnisch.)

Bei einem vor 3 Tagen erkrankten 19 jähr. Schusterburschen fand man (Warsch. Rochus-Spital) bei einer Temp. von 40.4° C. erythematöse Färbung der Haut am Hals und Rumpf, die der Wirbelsäule zu in eine mehr blasse Nüance überging; die intensiv rothen Partieen sind von punktförmigen Blutextravasaten durchsetzt. Röthung der Rachenschleimhaut, Anschwellung der Tonsillen, Vergrösserung und Schmerzhaftigkeit der Submaxillar- und Halsdrüsen, Milztumor — bildeten das Gesammtbild der Krankheit, dem die Diagnose Scharlach gut entsprach. — Tags darauf tritt am Gesicht und den oberen Extremitäten ein zerstreuter fleckiger und knötchenförmiger Ausschlag auf, der auch auf der Schleimhaut des harten Gaumens constatirt werden konnte. Gegen Abend desselben Tages erblasste das Exanthem auf der oberen Thoraxpartie, wogegen der Ausschlag des Gesichtes und der oberen Extremitäten bedeutender wurde. Der Gedanke an gleichzeitig verlaufende Pocken und Scharlach lag nahe.

Am 3. Beobachtungstage wird das Scharlachexanthem immer blässer, die Papeln verwandeln sich in Bläschen und verbreiten sich auch auf die unteren Extremitäten, während sie auf der Rumpfhaut nur vereinzelt auftreten. Am 4. Tage weicht das Fieber und das Scharlachexanthem ist nur noch hie und da sichtbar; die Haut am Hals und Thorax schuppt sich kleienförmig ab, während der Pockenausschlag immer reifer wird, die Bläschen des harten Gaumens zusammenfliessen und die Submaxillar- und Halsdrüsen kleiner und weniger schmerzhaft werden. Im Verlauf der nächsten Tage schreitet die Desquamation des Scharlachexanthems immer mehr voran, indessen der Pockenausschlag weiter seinen normalen Verlauf nimmt. Nach einigen Wochen wurde Pat. gesund.

In Hinsicht auf das mit Ausnahme des Gesichtes über den ganzen Körper verbreitete Exanthem, das lange Bestehen und die Desquamation desselben, ferner auf Grund der Mitleidenschaft des weichen Gaumens und der Lymphdrüsen, wie auch des gleichförmigen Fieberverlaufes, sieht sich Verf. berechtigt, das Exanthem des Rumpfes für scarlatinös zu halten und den obigen Krankheitsfall als eine Combination von Scharlach und Pocken anzusehen. Erwähnenswerth ist hiebei noch der

Umstand, dass diese Combination in einem bereits vorangerückteren Alter auftrat und dass die von dem einen Ausschlag ergriffenen Körperpartieen von dem andern streng gemieden wurden.

Smolénski (Ernsdorf i. Schlesien).

---

643. M. Lannois, Contribution à l'étude des paralysies spontanées du plexus brachial. Ueber spontane Lähmungen des Plexus brachialis. (Revue de médecine 1881 Nr. 12.)

Verf. theilt folgende Krankengeschichte mit:

1. Ein 23 jähriger Soldat bekam im October 1880 in einer Nacht, während welcher er in einem kalten Raume mit erhobenen über einander geschlagenen Armen, den Kopf auf die Hände stützend, geschlafen hatte, eine Lähmung des linken Arms. Schmerzen hatte er nicht. Die Lähmung blieb unverändert, und allmählich bildete sich eine leichte Abmagerung des linken Vorderarms aus. 4 Monate nach Beginn der Krankheit ergab die Untersuchung eine fast völlige Paralyse sämmtlicher Muskeln des Vorderarms mit Ausnahme des Supinator longus, sowie sämmtlicher Handmuskeln, gleichzeitig geringe Atrophie der gelähmten Muskeln, ausserdem beträchtliche Anästhesie des Vorderarms und besonders der Hand. Die Haut der linken Hand war bläulich, fühlte sich kühl an, und thermometrische Messungen ergaben Differenzen von 4° bis 7° gegenüber der gesunden Seite. Eine genaue electrische Untersuchung wurde nicht vorgenommen. Nach subcutaner Injection von Pilocarpin erfolgte die Schweissabsonderung am gelähmten Arm viel später und spärlicher als am rechten. Pat. wurde mehrere Monate hindurch mit dem faradischen Strom und mit zahlreichen anderen äusseren sowie inneren Mitteln behandelt, doch ohne Erfolg. Die Lähmung nahm sogar langsam zu. Im April war auch der Supinator longus beträchtlich paretisch, im Mai zeigte sich auch die Muskulatur des Oberarms und der Schulter schlaffer als auf der gesunden Seite und ihre Motilität herabgesetzt.

2. Ein 22 jähriger Soldat, der eine linksseitige Pleuritis überstanden hatte und als Reconvalescent aus dem Krankenhaus entlassen werden sollte, bekam Ende Juni 1881 unter Schmerzen in der rechten Schulter, die nach einigen Tagen wieder verschwanden, eine Lähmung des rechten Arms. Am 5. Juli ergab die Untersuchung eine starke Parese und deutliche Atrophie des Deltoideus, Biceps, Coraco-brachialis, brachialis internus und Supinator longus der rechten Seite, die faradische Erregbarkeit dieser Muskeln war herabgesetzt, Sensibilitätsstörungen fehlten. Unter electrischer Behandlung und Bepinselungen mit Jodtinctur war nach 2 Wochen eine deutliche Besserung der Erscheinungen aufgetreten.

Die zuletzt mitgetheilte Krankengeschichte schliesst sich eng an ähnliche von Erb und Remak beschriebene Fälle an, und Vf. giebt seinem Fall auch eine ähnlich Deutung: es handele sich vornehmlich

um eine Erkrankung der Wurzeln des 5. und 6. Cervicalnervs, deren electrische Reizung (in der Höhe des Querfortsatzes des 1. Halswirbels am äusseren Rande des Sternocleidomastoideus) eine isolirte Contraction des Deltoideus, Biceps, Coraco-brachialis und der Supinatoren zur Folge habe. Den zuerst beschriebenen Fall fasst Verf. auf als eine durch Erkältung entstandene Neuritis des Plexus brachialis; wahrscheinlich habe der Process sich allmählich im Plexus weiter ausgebreitet, und der obere Theil des letzteren, der im 2. Fall allein lädirt war, sei erst späterhin befallen worden.

Lüderitz (Jena).

---

644. **Drosche** (Wien), **Ueber diabetische Neuralgien.** (Wiener medic. Wochenschr. 1. 2. 1882.)

In neuerer Zeit machte Worms auf das Vorkommen symmetrischer Neuralgien als Ausdruck des diabetes mellitus aufmerksam und veröffentlichte 2 Fälle von diabetes, bei denen doppelte Neuralgien der ischiadischen und unteren Zahnnerven vorhanden waren, die erst nach eingeleiteter antidiabetischer Kost verschwanden. Verf. führt diese beiden Fälle kurz an und schliesst daran zwei eigene Beobachtungen an, von denen der erste einen 64-jährigen Mann betraf, der seit mehr als 10 Jahren an einer hartnäckigen Intercostalneuralgie litt, die Schmerzen stellten sich immer 2 Stunden nach dem Essen ein und wollten keiner Behandlung (Electricität, Kaltwasserkur, Thermalbäder etc.) weichen. Erst als D. den Pat. auf ausschliessliche Fleischkost setzte und ihn Carlsbader Schlossbrunnen trinken liess, blieben die Schmerzanfälle aus und konnte Pat. von der Neuralgie als geheilt betrachtet werden. Es ist das der erste Fall einer unilateralen Affection, wo auf Grundlage der richtigen Erkenntniss des Ursprunges der neuralgischen Schmerzen die Beseitigung derselben rasch und gänzlich nur auf Regelung der Diät im antidiabetischen Sinne erfolgte. Das regelmässige, fast typische Auftreten der Schmerzen nach den Mahlzeiten scheint wohl in der momentanen Ueberladung des Blutes mit Zucker und dessen toxischem Einwirken auf die Nerven begründet gewesen zu sein.

Der 2. Fall betrifft einen 64-jährigen kräftigen Mann, bei dem zuerst Schmerzen im rechten Oberschenkel, dann im rechten Arm und Hand sich einstellten; später strahlten die Schmerzen auch auf den linken Oberschenkel und Oberarm aus.

Bäder, Electricität, Narcotica hatten nur geringe Wirkung, Pat. kam körperlich immer mehr herunter. Am stärksten waren die Schmerzanfälle in der Nacht. Objectiv liess sich weder an der Wirbelsäule noch an den Extremitäten eine Veränderung constatiren.

Der Urin zeigte ein specif. Gewicht von 1,030 und einen Zuckergehalt von 4,07 %.

Bei länger fortgesetzter antidiabetischer Diät und Carlsbader Schlossbrunnen blieben die nächtlichen Schmerzanfälle aus und der

Schlaf wurde nur durch momentan auftretende blitzartige Stiche im r. Bein ein par Mal unterbrochen. Ernährung und Gemüthsstimmung wurden besser.

Bald jedoch hielt Pat. die strenge Diät nicht mehr ein, genoss Amylaccen und damit stellten sich auch die Schmerzen wieder ein.

Nach einer Cur in Carlsbad und strenger fortgesetzter Diät befand sich Pat. bald wieder ganz wohl.

Es bestanden bei dem Pat. gleichsam multiple symmetrische Neuralgien in der Ausbreitung der beiden Hüftnerven und Brachialplexus.

Die bisher beobachteten Fälle von diabetischen Neuralgien berechtigen zu der Schlussfolgerung, dass beim Diabetes Neuralgien vorkommen, welche ihren Ursprung in der toxischen Wirkung des Zuckers auf die peripherischen Nerven haben, jedoch ist damit nicht gesagt, dass alle Neuralgien bei Diabetes auf dieselbe Weise begründet sind.

Seifert (Würzburg).

---

645. **Dr. B. Auerbach, Zur Casuistik der Nervendehnung.** Nach einem Vortrag mit Krankenvorstellung im Allgemeinen ärztlichen Verein zu Köln. (Deutsche Med. Wochenschr. 1882. Nr. 3.)

In Folge eines heftigen Schreckens stellten sich bei einer 40 jähr. Pat. Zittern, dumpfe Schmerzen und Schwäche im rechten Arm ein, wozu sich nach wenigen Monaten Schmerzen und motorische Schwäche auch im linken Arm gesellten. Der r. Oberarm und die Finger bleiben am Zittern unbetheiligt, der r. Vorderarm beschreibt in raschem Tempo schwache Pro- und Supinationsbewegungen. Zu diesen Symptomen, die eine allmähliche Zunahme erfahren, treten ferner noch hinzu Schmerzen im l. Unterschenkel und copiöse Schweisse. „Die Aetiologie und der Symptomenkomplex . . ., die progrediente Natur des Leidens, das Fehlen jeden anamnestischen Momentes für einen Intoxikationstremor und jeder Andeutung von Hysterie liessen keine andere Diagnose als Paralysis agitans zu". Vielfache therapeutische Versuche waren erfolglos geblieben. Nach etwa $1^1/_2$ Jahren wurde daher der r. Medianus und Ulnaris unter der Achselhöhle kräftig peripher und central gedehnt. Das Zittern hörte sofort auf, und ist nach vorübergehender Wiederkehr in geringerer Intensität, 4 Monate nach der Operation völlig verschwunden. Die dumpfen Schmerzen vergingen am 2. Tag, während kräftige reissende Schmerzen, die 5 Tage nach der Operation auftraten und jedenfalls neuritischer Natur waren, nur von kurzer Dauer waren, ebenso wie andere im Gefolge der Operation erscheinende Sensibilitätsstörungen. Die motorische Kraft besserte sich beiderseits, im l. Arm früher und stärker als im rechten.

In einem Fall von Dehnung bei Paralysis agitans auf der Westphal'schen Klinik, den Verf. citirt, war der Erfolg nur von kurzer Dauer gewesen.

Nach dem günstigen Resultat in dem selbstbeobachteten Falle hält A. weitere Versuche von Nervendehnung bei dem bisher als unheilbar geltenden Leiden für gerechtfertigt. Weitere Erfahrungen, insbesondere über die Dauer der Heilung würden dann ein Urtheil über den Werth dieses Mittels gestatten.

Stintzing (München).

---

646. **Dr. Hermann von Millhacker** (Bukarest), **Beitrag zur Pathologie des quergestreiften Muskels.** Aus dem med.-klinischen Institute zu München. (Ziemssen's Archiv. 30. Heft 3 u. 4. p. 304.)

Verf. stellte sich die Aufgabe, die negativen und objectiven Symptome von Seiten des Muskelsystems bei den verschiedensten acuten und chronischen Erkrankungen auf anatomische Veränderungen des Muskelgewebes zu basiren, Veränderungen, die uns bei Infectionskrankheiten und der Phthise schon bekannt sind. Die Untersuchungen ergaben in vielen Fällen ausgesprochene pathologisch-anatomische Befunde im Muskelgewebe; resultatlos blieb die Untersuchung der Blutgefässe; es war nämlich vorausgesetzt, die Veränderung derselben würde in gewisser zeitlicher Beziehung stehen zu der im Muskel.

Makroskopisch konnte besonders bei chronischen Fällen schon auf eine Erkrankung der Muskeln geschlossen werden, während bei acuten Fällen nur die mikroskopische Untersuchung eine Veränderung nachwies. Bei 4 Fällen von Combustio II. Grades hatten die Muskeln eine dunkel-braunrothe Farbe, waren aber histologisch nicht verändert.

Die histologischen Veränderungen im Muskelgewebe waren im Allgemeinen zweierlei Art: Veränderungen an den Muskelprimitivbündeln und Veränderungen im Zwischengewebe derselben und an den Gefässen.

Die trübe Schwellung kam vor in den acuten Fällen von Tuberculosa miliaris, Pericarditis, Endocarditis ulcerosa, Pneumonia crouposa und Febris puerperalis, in den chronischen von Nephritis interstitialis und Endocarditis fibrinosa cum stenosi valvul. mitralis. Aehnlich waren die Muskeln bei den 4 Fällen von Combustio verändert; doch nur in den oberflächlichen Partieen der Muskeln, die direkt unter den verbrannten Hautpartieen lagen.

Die fettige Degeneration war am weitesten verbreitet, von geringen Anfängen in acuten Fällen bis zur vollständigen Anfüllung des Sarcolemmaschlauches mit Fettemulsion in chronischen.

Die Einlagerung von Pigmentkörnchen war besonders stark ausgeprägt in einem Fall von Carcinoma ventriculi; ferner bei Miliartuberculose, Pneumonia crouposa mit Aortenatherom und in einem 2 Jahre alten Amputationsstumpf.

Die wachsartige Degeneration war selten, am meisten im Amputationsstumpf und in den Muskeln einer in Folge Verletzung des Nerv. radialis atrophirten Oberextremität.

Eine Vermehrung der zelligen Elemente der Muskelprimitivbündel war bei der parenchymatösen, fettigen und Pigment-Degeneration nachzuweisen. In dem Fall von Endocarditis fibrinosa zeigten die Muskelkörperchen eigenthümliche kreisförmige Ausschnitte ihrer Ränder oder waren durchlöchert. Die entsprechenden Defecte fand man ebenfalls. In den Muskeln von gesunden Kaninchen und eines, dessen Hinterbein in 10stündiger Ligatur gelegen hatte, waren dieselben Bilder nachzuweisen. Da diese Muskeln erst längere Zeit nach dem Tode untersucht wurden, so könnte man an Leichenerscheinung denken, besonders da sie sich in frischen Kaninchenmuskeln nicht fanden. Doch bleibt es dann Verf. fraglich, warum auf diese Leichenerscheinung nicht schon früher aufmerksam gemacht wurde.

Die Grösse der Primitivbündel war bei fettiger und Pigmentdegeneration verringert, bei der parenchymatösen vermehrt.

Die meisten Fälle müssen als das Resultat von Ernährungsstörung betrachtet werden und sind unter dem Namen der regressiven Gewebsmetamorphose bekannt, so besonders bei chronischen Leiden. Die Veränderung am Amputationsstumpf und der atrophirten Oberextremität als Unthätigkeitsatrophie. In den acuten Fällen, bei denen trübe Schwellung vorherrschte und nur geringe Atrophie der fettig entarteten Bündel, ist die Affection nur als eine symptomatische aufzufassen und fraglich, welchem Krankheitsfactor zuzuschreiben. Bei den Combustio-Fällen ist der hohe Hitzegrad die Ursache. Die Pigment-Degeneration im Amputationsstumpf erklärt sich durch Extravasation rother Blutkörperchen, in den anderen Fällen ist die Ursache in der grösseren Dauerhaftigkeit des Muskelfarbstoffs zu suchen.

An den Capillargefässen kam fettige Degeneration zugleich mit der des Muskels vor und beide hielten gleichen Schritt. Dass dieses gleichzeitige Vorkommen häufig ist, fanden schon frühere Forscher. In den Fällen von Combustio bestand feinstaubige Trübung der Capillarwandung; diese waren theilweise zerrissen und es fanden sich zahlreiche Ecchymosen im Gewebe. Dass die hohe Temperatur diese Veränderung und so Brüchigkeit der Gefässwandung veranlasste, erscheint nicht zweifelhaft.

Die Veränderungen am Perimysium internum, den kleineren Gefässen, im interstitiellen Bindegewebe und den grösseren Gefässen werden wegen ihrer Zusammengehörigkeit zugleich besprochen. Sie bestanden im Allgemeinen in quantitativer Zunahme und Vermehrung der zelligen Elemente. Bei den chronischen Fällen, in denen die contractile Substanz regressiv metamorphosirt war, war besonders diese Bindegewebszunahme vorhanden.

Die Veränderungen der morphologischen Zusammensetzung der Secundärbündel zerfallen in 2 Gruppen. Die erste besteht in einer Auseinanderdrängung der Primitivbündel, die ein Secundärbündel zusammensetzen durch Vermehrung des Perimysium internum und Wucherung des um die kleineren Gefässe liegenden Bindegewebes. Hierdurch werden schliesslich die Primitivbündel gegen die Peripherie des Secundärbündels gedrängt.

Die II. Gruppe umfasst die sogenannten umschnürten Bündel, die zuerst Fränkel beschrieb und dessen Ansicht Vf. grösstentheils be-

stätigen konnte. Es sind vom Secundärbündel durch umfassende Bindegewebszüge isolirte Primitivbündel, die Gestalt des Secundärbündels selbst erscheint hierdurch lückenhaft. Hauptsächlich sollen sie in der Daumenballenmuskulatur vorkommen.

Verf. unterscheidet: 1) Unvollständig umschnürte Bündel, deren Scheide also nicht vollständig geschlossen ist und die sich durch Hämatoxylin intensiv dunkelblau färbt. Gewöhnlich findet sich in ihrer nächsten Umgebung der Querschnitt eines Gefässes, dessen gewucherte Adventitia oft in direkter Verbindung mit dieser Scheide steht und so die Entstehung erklärt. Solche Bündel ohne nachbarliches Gefäss scheinen aus einer Wucherung des Perimysium internum hervorzugehen, wenn nicht diese Wucherungen ebenfalls wieder von collabirten kleinen Gefässen ihren Ursprung herleiten.

2) Die vollständig umschnürten Bündel von gewöhnlich längsovaler Form. Scheide weniger kernreich als bei den unvollständig umschnürten Bündeln; färbt sich nicht durch Hämatoxylin, nur die Kerne; die abgetrennten Primitivbündel werden von der Scheide nicht wie bei 1) dicht umschlossen, es bleiben Lücken, die entweder leer oder mit kernartigen Elementen ausgefüllt sind. Ferner ist die Isolirung vom Secundärbündel eine vollständige. Die eingeschlossenen Primitivbündel sind kleiner als die des Secundärbündels, oft ist ein auffallend grosses neben kleinen Bündeln vorhanden. Aus allem diesen geht hervor, dass die vollständig umschnürten ältere Gebilde sind. Dasselbe Verhältniss zu den Gefässen fand sich auch hier wie in 1). Die Scheide eines Nerven hat keine Beziehung zu der des Bündels.

3) Die umschnürten Bündel mit höchst wenigen atrophirten oder gar keinen Muskelfasern. Die Scheide ist vollständig kernlos, bindegewebig. Sie sind vom geringsten Umfang und weiter vom Secundärbündel entfernt als die vorhergehenden. Dass sie nicht Kunstprodukte durch Herausfallen der Muskelfasern sind, beweist das Fehlen leerer Räume in denselben und ihre relative Seltenheit.

Die Anzahl dieser 3 Formen im Muskelquerschnitt richtet sich nach der Intensität des interstitiellen Wucherungsprocesses. Sie fanden sich in 26 Leichen mit anormaler Muskulatur 21 mal, also in 84,9 %; in 89 untersuchten Muskeln 45 mal, also 50,5 %. Die Prädilectionsstellen liessen sich nach dem vorliegenden Material noch nicht feststellen.

Diese 3 Arten von umschnürten Bündeln stellen die Stadien desselben Processes dar, der als interstitieller zu bezeichnen ist und entweder vom Perimysium internum oder von den Gefässscheiden ausgeht. Als jüngste Erzeugnisse sind die unvollständig umschnürten Bündel anzusprechen, die sich weiter zu 2.) und 3.) entwickeln. Ausser den obigen Gründen spricht hierfür das Schritthalten der übrigen interstitiellen Veränderungen. Dass die Funktion der so afficirten Muskeln leidet, ist einleuchtend. Fraglich bleibt, weshalb einmal der interstitielle Process diese umschnürten Bündel bildet, das anderemal zu Auseinanderdrängung der Muskelfasern eines Secundärbündels führt. Schwieriger wird noch die Lösung der Frage durch das zwar seltene Vorkommen auch im normalen Muskel. Gewiss interessant würde es sein, zu untersuchen, ob auch bei progressiver Muskelatrophie und Pseudomuskel-

hypertrophie, bei denen der interstitielle Process nach den meisten Forschern primär auftritt, sich diese Gebilde finden.

Die hier beschriebenen Vorgänge im interstitiellen Gewebe sind als secundäre anzusehen, wenigstens bei den chronischen Fällen. Nur die Entstehung dieser Veränderungen durch traumatische, direkt oder indirekt vom Nerven aus auf den Muskel wirkende Läsionen, scheint primären Ursprungs zu sein.

Menche.

---

647. **Dr. Riegner** (Primärarzt), **Ueber Aneurysma der carotis communis, Ligatur oberhalb des Sternoclaviculargelenks.** Vollständige Heilung. (Verhandlungen der Medicinischen Gesellschaft für vaterländische Cultur. Sitzung vom 29. November 1881.)

Redner leitet seinen Vortrag ein mit einer Darlegung der Resultate der in der vorantiseptischen Zeit bei Aneurysmen der Carotis ausgeführten Operationen. 28 Fälle endeten nach Pilz mit vollkommener Heilung, 3 Kranke genasen ohne Beseitigung des Aneurysma's, 18 starben an den Folgen der Operation. Aus der Zeit seit allgemeiner Einführung der Lister'schen Methode hat R. im Ganzen nur 8 Fälle von Aneurysma der Carotis in der Litteratur auffinden können, wovon 1 Aneurysma der Carotis externa in 40 Tagen durch Digitalcompression von im Ganzen 283 Stunden, ein anderes durch instrumentelle Compression der Geschwulst innerhalb eines Jahres, ein drittes durch äussere Application des faradischen Stroms (17 Sitzungen von 10 Minut. Dauer) geheilt wurde, während in den 5 übrigen Fällen die Ligatur der Carotis communis ausgeführt wurde, einmal oberhalb der Clavicula, 4 mal in der Mitte des Halses. Einer dieser Fälle, in welchen Dittel wegen des bis an die Clavicula reichenden Aneurysma's die periphere Ligatur anzulegen genöthigt war, endete tödtlich durch jauchigen Zerfall der Ligaturstelle und Blutung. Ausserdem fand R. 10 Fälle von centraler Unterbindung der Carotis communis, von welchen 3 in unmittelbarem Anschluss an die Operation starben, 7 theilweise in ihrem Leiden gebessert oder selbst geheilt wurden. 3 betrafen ein Aneurysma der Carotis interna mit Exophthalmus etc., (davon 1 geheilt, 2 gestorben), 2 betrafen ein Aneurysma der a. meningea media (1 geheilt, 1 gestorben), 1 ein Aneurysma der a. occipitalis (geheilt), die letzten 4 Unterbindungen wurden von Reyher ausgeführt, (3 zur Wachsthumsbeschränkung irreparabler Geschwülste, 1 wegen Blutung aus einer Fissur bei Wirbelcaries). Keine endete letal. Der von R. mitgetheilte Fall betrifft einen 54 Jahre alten Kaufmann, bei welchem sich ohne vorhergegangenes Trauma eine pulsirende eiförmige Geschwulst linkerseits in der Höhe des Kehlkopfs, der Längsrichtung desselben ziemlich folgend, entwickelte. Herz und Gefässe des Kranken waren gesund. Ueber dem Tumor war lautes Schwirren zu hören, der Puls der linken A. tem-

poralis gegen den der rechten verlangsamt. Zunächst wurde Digitalcompression, sodann instrumentelle Compression (mit einem federnden Pelottencompressorium) angewendet, Eisblase, schmale, flüssige Kost verabreicht und Jodkalium innerlich verordnet. Das Aneurysma wurde kleiner. Als sich jedoch Pat. 2 Tage der Behandlung entzog, wurde das Aneuryma erheblich grösser als vor Beginn der Behandlung (es bildeten sich eine seitliche Ausbuchtung des primären Sacks), Patient wurde heiser (Druck auf den Recurrens) und hatte Schlingbeschwerden. Wegen Gefahr der Vergrösserung und Ruptur des Sackes wurde die Operation beschlossen. Nach Allan Burns wurde ein 6 cm langer Schnitt am Innenrande des Kopfnickers, etwas unterhalb des Sternoclaviculargelenks beginnend, nach oben geführt. Nach Eröffnung der Gefässscheide etc. geschah die Unterbindung mittelst einer gebogenen Ohrsonde mit doppeltem starkem Catgutfaden, keine Durchtrennung zwischen den Ligaturen. (Operirt wurde unter Dampfspray.) Der Sack fiel sofort nach der Unterbindung zusammen. Erscheinungen von Seiten des Gehirns traten nicht auf. Temperatur war bis auf eine vorübergehende Steigerung auf 38,7 normal. Alle Beschwerden besserten sich, Heiserkeit und Dysphagie schwanden vollständig. Nach 13 Tagen Entfernung des Listerverbandes, Wunde war linear vereinigt, bis auf eine erbsengrosse granulirende Fläche am unteren Ende, wo das decalcinirte Drain gelegen. Letzteres sowie die Catgutnähte resorbirt. An Stelle des Sackes palpirte man eine zweimarkstückgrosse flache Geschwulst, von fester Consistenz, nicht pulsirend. Dicht über der Clavicula war der Carotispuls fühlbar, nicht oberhalb der Geschwulst. Patient befand sich vollkommen wohl. 7 Wochen nach der Operation (am 29. Nov.) war von der Geschwulst nichts mehr zu sehen, wie man sich bei der am Ende des Vortrages erfolgenden Krankenvorstellung überzeugen konnte.

Julius Wolff (Breslau).

---

648. **Quincke** (Kiel), **Ueber die Entstehung des Magengeschwürs.** Vortrag im Kieler ärztl. Verein am 13. Dec. 1879. (Deutsche med. Wochenschrift No. 6. 1882.)

Während man einig ist, dass an der Entstehung der Magengeschwüre die verdauende Wirkung des Magensaftes Antheil hat, ist die primäre Ursache in verschiedene Hypothesen gekleidet. So nimmt Rokitansky als solche die kleinen Haemorrhagien an, die häufig bei katarrhalischen Entzündungen oder Stauungshyperämie der Magenschleimhaut, nach ausgedehnten Verbrennungen und Hautläsionen auftreten. Wrikon sucht die Ursache der Haemorrhagien in Veränderung der Gefässwand; doch ist die Coincidenz leider noch selten constatirt. Panum wies nach, dass nur durch multiple Embolien, die sämmtliche Collateralien verlegt hatten, Magengeschwüre entstanden; mithin klinisch nicht verwerthbar. Klebs vermuthet krampfhafte Contraktionen der Magenarterien, Rind-

fleisch Venencompression bei Brechbewegung, Axel Key glaubt, dass bei cardialgischen Anfällen der Krampf der Magenmuscularis die in die Schleimhaut eintretenden Gefässe an circumscripten Stellen comprimire. Böttcher wälzt auch hier die Schuld den Mikrokokken zu, wogegen Körte, Schüler Recklinghausens, diese feinkörnigen Massen auf dem Geschwürsgrund als Detritus erklärt. Pavy wies zuerst durch den Versuch nach, dass die Versorgung der gesunden Schleimhaut mit dem alkalischen Blut sie vor der Verdauung schützt, er sah Selbstverdauung beim Hund nach Unterbindung von Cardia, Pylorus und sämmtlicher Magengefässe und nach Unterbindung eines Stückes der Magenwand. Roth erzeugte Geschwüre beim Kaninchen durch Verschlucken von Höllensteinstücken.

Diese Versuche hatten den Nachtheil, dass sie den Vorgang der Geschwürsbildung selbst zu sehen nicht erlaubten. Q. veranlasste daher seinen Schüler Daettwyler nach folgender Methode zu experimentiren. Es wurden Hunde benutzt, denen eine Magenfistel mit eingeheilter Kanüle angelegt war. Für gewöhnlich war diese Kanüle durch den Kork verschlossen, so dass die Verdauung ungestört weiter ging. Bei nüchternem Zustand konnte nach Entfernung des Korkes der gegenüberliegende Theil der Magengegend gut übersehen werden. So konnte man die verletzte Magenstelle beliebig oft wochenlang beobachten. Die Eingriffe bestanden 1. in mechanischen (Kneifen der Schleimhaut mit einer Pincette, temporäre oder bleibende Umschnürung einer Schleimhautfalte mit einem Faden, Excision eines Schleimhautstückes.), 2. thermischen (Berührung der Schleimhaut mit warmem oder heissem Eisen) 3. chemischen (oberflächliche Anätzung mit Alcohol. Höllenstein, acid. nitric. fumans; submucöse Einspritzung von Höllenstein oder Eisenchlorid-Lösung).

Bei allen diesen Eingriffen schien die Magenschleimhaut im Ganzen und die Verdauung nicht zu leiden, da Appetit und Ernährung der Thiere gut blieb. Die Insulte veranlassten nie Schmerzäusserungen, zuweilen Speichelfluss, bei stärkeren Zerrungen öfter Erbrechen. In einigen Versuchen wurde der etwaige Einfluss der Anämie auf das Magengeschwür geprüft. Zu diesem Zweck wurde der Hund durch mehrere grosse Blutentziehungen anämisch gemacht. Während nun solches Geschwür bei sonst gesundem Hund in 18 Tagen heilte, war es bei dem anämischen nach 31 Tagen noch nicht geheilt. Ferner konnte man constatiren, dass bei Anämie geringfügige Insulte schon zur Geschwürsbildung führen.

Die sehr verschiedenen Insulte führten alle zur Bildung von Geschwüren; besonders leicht entstehen sie aus Ecchymosen; die Abstossung des nekrotischen Gewebes findet hier in Folge der Verdauung schneller statt als auf anderen Schleimhäuten, doch hat das Geschwür im übrigen durchaus nichts Specifisches.

Die Geschwüre beim Hunde unterscheiden sich von denen beim Menschen nur dadurch, dass sie schnell entstanden und schnell heilten. (Die Heilung dauerte in der Regel 5—21 Tage.)

Dass indessen ausser dem „chronischen" auch acute Geschwürsbildung beim Menschen vorkommt, hat schon Gerhardt hervorgehoben und ist an sich wahrscheinlich, wenn man die vielen Verletzungen der Magenschleimhaut durch harte Bissen, Knochenstücke, heisse Speisen,

Spirituosen etc. bedenkt. Dass Verletzungen der Magenschleimhaut sehr gut und symptomlos heilen können, beweisen die Losreissung von Schleimhautstückchen beim Sondiren und glatte Heilung bei diätetischem Verhalten. Auch die bei Sectionen so zahlreich beobachteten Narben werden grösstentheils aus solchen acuten Geschwüren hervorgegangen sein. Ein chronisches Geschwür entsteht nur, wenn abnorme Bedingungen vorliegen, wie Anämie, abnorm saure Beschaffenheit des Mageninhalts (durch Secretion oder durch Zersetzung), mechanisch und chemisch reizende Nahrungsmittel, unregelmässiger Speisegenuss. Verf. legt zum Schluss die Analogie des Magengeschwürs mit dem des Unterschenkels, sowohl dem Verlauf als der nöthigen Behandlung nach, klar.

Menche.

---

649. **Rosenstein, Erkrankung der Nebennieren.** (Virch. Arch. Bd. 84. S. 315.)

I. Zur sogenannten „Pseudoleukaemie".

Ein 7jähriger Knabe klagte 5 Wochen vor seiner Aufnahme in die Klinik über Schmerzen im Rücken, Schwäche des rechten und bald darauf auch des linken Beines. Bei der Aufnahme ist Pat. auffallend blass, die Hals- und besonders die rechten Leistendrüsen stark geschwellt. In den ersten 4 Tagen Ischurie, dann spontane Harnentleerung. Die Schwäche der Beine bildet sich allmählich zur völligen motorischen Lähmung aus. Sensibilität intakt. Starke Schweissabsonderung am Kopf und Brust bei trockenem Bauch und trockenen unteren Extremitäten. Allmähliche Zunahme des Volumens der Leber und Milz. Veränderung des Blutes unwesentlich. Nachdem auch leichte Albuminurie und Fieber hinzugetreten, stirbt Pat. fast 2 Monate nach der Aufnahme. Die Section ergiebt Zunahme der Milz und Leber, beträchtliche Zunahme der Nieren, am auffallendsten ist die Grössenzunahme der Nebennieren, Rückenmark im oberen Theile unverändert, im Lendenmark rosige Verfärbung der grauen Substanz und in den Vordersträngen einzelne röthliche Fleckchen. Die mikroskopische Untersuchung stellt fest, dass die Vergrösserung aller jener Organe auf reichlicher Ansammlung lymphoider Zellen im Zwischengewebe beruhte, dass diese Erscheinung besonders in den Nebennieren ausgeprägt erscheint und dass in Leber und Niere fleckweise ein Zusammenfliessen der Rundzellen zu miliaren Herdchen erfolgt. Auch im Rückenmark ist an den fraglichen Parthieen eine Zunahme von Rundzellen und freien runden Kernen zu constatiren. Es liegt hier einmal ein Fall von leukämischer Infiltration verschiedener Organe und besonders der Nebennieren ohne Vermehrung der Zahl der weissen Blutzellen vor und weiter ein Fall von Erkrankung der Nebennieren ohne Morbus Addisonii.

II. Sarkom der Nebennieren mit Metastasen in Nieren, Pankreas und rechtem Herzen.

Ein 40jähriger Cigarrenarbeiter erkrankte unter Schmerzen in

der Magengegend, dazu kamen später Schmerzen auf Druck im linken Epigastrium und linker Lendengegend, die dann weiterhin auch spontan bemerkbar wurden. Allmählicher erheblicher Kräfteverfall, fleckweise Gangrän des Gesichtes und schliesslich nach Abnahme des Körpergewichts auf 42 kgr trat der Tod ein. Im rechten Herzen fanden sich zwei haselnussgrosse derbe weisse Knoten, ebensolche in den Nieren und dem Pankreas. An Stelle beider Nebennieren grosse Tumoren, mit den Nieren verwachsen. Alle Tumoren waren kleinzellige Sarkome. Es handelt sich hier um ein primäres Nebennierensarkom ohne Addisonsche Krankheit bei völlig intaktem Ganglion volare.

Ribbert.

---

650. **Posadsky, Fibroma molluscum multiplex congenitum.** (Virch. Arch. Bd. 87. S. 380.)

Bei einem wegen anderweitiger Erkrankung behandelten 38-jähr. Manne wurden zahlreiche, über 330 Geschwülste durchschnittlich von Stecknadelkopf- bis Wallnuss-Grösse auf der Haut beobachtet. Sie sassen besonders reichlich auf der Vorderfläche der Brust und des Bauches, fehlten aber nur gänzlich an beiden Händen und am linken Fuss. Eine wie eine Mamma aussehende und entsprechend grosse Geschwulst sass in der linken Seite in der Gegend der 7., 8. und 9. Rippe. Alle Tumoren waren beweglich und an einem behufs Untersuchung ausgeschnittenen wurde constatirt, dass es sich um ein Fibroma molluscum handelte. Das Auffallendste ist, dass diese Geschwülste angeboren waren. Eltern und Kinder des Patienten hatten nichts Aehnliches.

Ribbert.

---

651. **Dr. Jul. Mauthner, Ueber das Verhalten des β-Naphtols im Organismus nach Application auf die Haut.** (Mediz. Jahrbücher der Gesellschaft der Aerzte. 1881. II. Heft. p. 201—205.)

Verf. theilt die chemischen Untersuchungen mit, welche er über die Resorption des von Kaposi in die Behandlung der Hautkrankheiten (besonders von Psoriasis) eingeführten β-Naphtols und seine Ausscheidung durch den Harn gemacht hat.

Verf. resümirt zum Schluss seiner Arbeit, wie folgt:

1. Das β-Naphtol wird bei der Application auf die Haut resorbirt und im Harne (der Hauptmenge nach, vielleicht ganz) als naphtolschwefelsaures Salz ausgeschieden. In Folge dessen erscheint die Menge

der schwefelsauren Salze im Harne nach der Resorption des Mittels wesentlich vermindert.

2. Das Naphtol liefert bei der Einwirkung von Kali und pyroschwefelsaurem Kali analog dem Phenol das ätherschwefelsaure Salz, von der Zusammensetzung $C_{10}H_7SO_4K$.

Bartold.

---

652. **Biedert** (Hagenau), **Ueber Milchconservirung.** (Berl. klin. Wochenschr. 1882. Nr. 5.)

Alle Conservirungsmethoden zielen darauf hinaus, die Milch bis zum Gebrauch vor Zersetzung zu bewahren, einige rühmen sich ausserdem, auf das Casein einzuwirken, dasselbe dem der Menschenmilch ähnlicher zu machen. Nach den Versuchen des Verf. wird letzteres niemals, ersterer Zweck von den verschiedenen Methoden nur unvollkommen erreicht. Allerdings genügt zu Haushaltungszwecken meist schon das einfache Aufkochen; schon etwas mehr leistet das Becker'sche Verfahren durch zweistündiges Erwärmen der Milch auf 60° C. und das Kochen mit dem neuerdings von Soltmann angegebenen Apparat; aber beide Methoden sind nicht im Stande, für längere Zeit die Milch vor dem Verderben zu schützen. Ebenso ist die Methode des Digerirens bei 60° ohne praktischen Werth, weil durch dieselbe etwaige Krankheitskeime, Perlsucht etc. nicht zerstört werden. Eine unbegrenzte Haltbarkeit garantirt allein das Verfahren Biedert's; dasselbe besteht im genügend langen d. h. zweistündigen Erhitzen der Milch in luftdicht verschlossenen Gefässen im Wasserbad bei 100° C. Der Verschluss kann bewirkt sein (am besten) in verlötheter Blechbüchse oder in starker Glasflasche mit eingebundenem Kautschuk- oder paraffinirtem Korkstopfen. Ueber $^1/_2$ Jahr hat Verf. auf diese Weise die Milch völlig unverändert erhalten.

Kohts (Strassburg).

---

653. **Dr. Fronmüller** (Medizinalrath in Fürth), **Aus der Hospitalpraxis.** (Memorabilien XXVII. Jahrg. 1. Heft. S. 6. f.)

1. Das bromwasserstoffsaure Homatropin bei Lungentuberculose.

Es werden Beobachtungen mitgetheilt über die Anwendung dieses Atropin-Salzes (von Merck in Darmstadt) bei 16 Tuberculösen, welche sämmtlich mit ziemlich reichlichen, colliquativen Nachtschweissen behaftet waren. Es gelang in allen Fällen durch eine Einzelgabe von je

0,015 bis 0,03, 3 mal subcutan, 13 mal in Pillen, die vorhandenen Nachtschweisse zu beseitigen oder wenigstens auf ein sehr geringes Mass zurückzuführen. Besondere toxische Atropingefässe zeigten sich nur bei vier Kranken, und zwar in geringem Grade als: Krachen und Trockenheit im Schlund, Schlingbeschwerden, aufgeregtes Plaudern, Eingenommensein des Kopfes. In keinem der 16 Fälle kam jedoch Pupillenerweiterung vor.

Ausser dieser Wirkung auf die Nachtschweisse, welche sich mitunter noch auf eine oder auch mehrere Nächte erstreckte, beobachtete Fr. selbst „eine Art Stillstand im tuberculösen Process" und verspricht sich daher ebenfalls Erfolg von den subcutanen Atrophin-Injectionen, wie Anderson in Glasgow sie zur Heilung der Schwindsucht allabendlich vorzunehmen räth. Das bromwasserstoffsaure Homatropin zieht der Verf. dem Atropin vor wegen seiner grösseren Gefahrlosigkeit und Milde.

2. Pilocarpinvergiftung. Atropin als Gegengift, desgleichen Homatropin.

Einem 18jähr., an einer Pleuritis exsudativa erkrankten Arbeiter wurden 0,02 salzsaures Pilocarpin subcutan injicirt. Sofort entstand Schweissbildung, dann Starre der Augen mit verengter Pupille, hochgradige Cyanose des Gesichts und der Extremitäten, beschleunigte oberflächliche Athmung, frequenter Puls, 130 in der Minute, ängstlicher Gesichtsausdruck, geringe Salivation. Wegen dieser Erscheinungen erhielt der Patient, 10 Minuten nach der Pilocarpin-Injection, 1 mgr Atropin. sulf. innerlich, worauf in kürzester Zeit Besserung aller Symptome eintrat.

Um nun zu constatiren, ob das Bromwasserstoff-Homatropin in ähnlicher Weise wirke, injicirte Fr. einem wegen Syphilis mit Pilocarpin-Injectionen behandelten Kranken zu verschiedenen Zeiten, einmal 0,02, einmal 0,04 Pilocarp., und beseitigte dann durch Einspritzung von je 15 mgr des genannten Atropin-Salzes in kurzer Zeit die durch Pilocarpin hervorgerufenen Erscheinungen. Demnach widersprächen seine Beobachtungen der Behauptung von Pauliaski, „dass das Bromwasserstoff Homatropin der Speichel und Schweiss erregenden Wirkung des Pilocarpin nicht entgegentritt, dass dasselbe vielmehr die Wirksamkeit des Pilocarpin zu unterstützen schien".

3. Abführen auf subcutanem Wege.

Verf. empfiehlt die subcutane Einspritzung von Merck'schen Aloins auf Grund weiterer Erfahrungen mit diesem Mittel, über dessen Wirkung bei 20 Kranken er bereits 1878 berichtete. Von einer erwärmten Lösung von 1 : 25 Wasser wurden bei jüngeren und gracilen Personen eine, bei kräftigeren zwei Einspritzungen unter die Haut der Beuge-Fläche des Vorderarms gemacht. Reizung um die Einstich-Stelle trat nicht auf, die Wirkung erfolgte prompt nach 3—5 Stunden und blieb nur aus, wenn auch die gewöhnlichen inneren Abführmittel versagten. „Besonderen Vortheil gewährte das Verfahren namentlich bei Kranken mit Magenkrebs und Magencatarrh, und bei störrigen Geisteskranken.

Lösungen von Aloë-Extract in Wasser (1 : 10) reizten zu stark an der Einstich-Stelle, ein starkes Decoct. Sennae wirkte subcutan ungenügend.

Bartold.

---

654. **Dr. Stille** (Ihlienworth), **Die Wirksamkeit des Resorcins gegen Malaria-Erkrankungen.** Eine therapeutische Notiz. (Memorabilien XXVI. Jahrg. 9. Heft.)

Verf., welcher in einer Malaria-Gegend practicirt, hat bei 13 Erkrankungen an Wechselfieber Resorcin versucht, und zwar wurde dieses Mittel entweder in Lösung von 2,0—4,0 zu 180,0 Wasser, stdl. einen Esslöffel in der fieberfreien Zeit zu nehmen, oder in Pulver-Form zur Nachkur, verordnet. Die Dosis betrug für einen Erwachsenen 2,0—4,0, für ein Kind 0,3—0,6. Mit dieser einmaligen Gabe, der sich in einigen Fällen noch der weitere Gebrauch von höchstens 5 gr, alle 4 Tage Abends davon 1 gr zu nehmen, anschloss, gelang es in 6 relativ frischen und leichten Fällen, das meist im Tertian-Typus auftretende Fieber zu beseitigen, während in den 7 übrigen Fällen meist schwererer Art und auch von anderem Fieber - Typus, die definitive Heilung erst durch Chinin gelang.

(Während des Fieberanfalls selbst wurde Resorcin nicht gereicht und also auch seine Einwirkung auf Milderung der Symptome durch diese Darreichungsweise, wie sie Kahler beschreibt (vgl. ds. Centralbl. I. Jahrg. S. 656), nicht beobachtet. Ref.)

Verf. resümirt, dass Resorcin ein angenehm zu nehmendes Mittel sei, welches lange nicht so sicher als Chinin wirke, vielleicht aber in doppelter Dosis gereicht, von der nach den bisherigen Erfahrungen bedrohliche Erscheinungen nicht zu erwarten seien, von nachhaltigerem Einflusse auf Beseitigung der Wechselfieberanfälle sein dürfte.

Bartold.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von
Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. **10. März.** **Nro. 49.**

---

655. E. Ponfick, Die Actinomycose des Menschen. Eine neue Infiltrationskrankheit. (Berlin 1882. Aug. Hirschwald.)

Nachdem 1877 Bollinger die früher als Wurm, Osteosarcom, Scrophulose bekannte Geschwulstbildung beim Rinde auf die Gegenwart eines pflanzlichen Parasiten, Actinomyces bovis Harz zurückgeführt hatte, entdeckte P. dieselben Parasiten 1879 in der Leiche eines Mannes. Der bis jetzt bekannt gewordenen Fälle sind 16, von denen die Hälfte geheilt wurde, die Hälfte starb (hierzu ein letal endigender Fall von Weigert).

1845 constatirte diese Gebilde beim Menschen zuerst von Langenbeck, seine Mittheilung wurde aber vergessen. Nach ihm Israël, unabhängig von Bollinger, und die Identität mit Actinomyces bovis nicht anerkennend.

Das Wichtigste der Actinomycose bilden „die Pilzkörner", gelbliche oder grünliche Körnchen von Sandkorn- oder Mohnkorngrösse,

die in den Granulationsmassen, hauptsächlich in dem secernirten Eiter der Geschwulst, makroskopisch erkennbar sind. Unter dem Mikroskop stellen sich diese Gebilde als dunkele, feinkörnige Ballen dar, die durch Druck auf das Deckgläschen in glänzende, dicht radiär geordnete Stäbchen oder Keulen zerfallen, welche erst bei 300- bis 400-maliger Vergrösserung und unter Aufhellung in Kalilauge deutlich werden.

Beim Rinde tritt die Actinomycose hauptsächlich am Unterkiefer und Zunge als umfangreiche fleischige Geschwulst mit ulcerirender Oberfläche auf. Auf dem Durchschnitt ist sie graugelblich, speckig, mit kleineren und grösseren Eiterungshöhlen. In diesen Hohlräumen befinden sich hauptsächlich die „Pilzkörner". Der afficirte Knochen zeigt ein wabenartiges, aus zierlichen Bälkchen bestehendes Gerüst und erinnert an Spina ventosa. Mikroskopisch besteht die Neubildung aus einem derben gefässarmen oder saftig weichen Granulationsgewebe mit den charakteristischen Pilzkörnern.

Während beim Rinde die Actinomycose keine Neigung zur Weiterverbreitung zeigt, besteht diese bei der des Menschen im hohen Grade und bildet auch weniger compacte Geschwülste als beim Rinde. Sie kriecht vielmehr in den Bahnen des lockeren Bindegewebes fort und veranlasst höchst langwierige fistulöse Geschwüre und Gänge mit schnell zerfallenden schmierigen Granulationen. Diese führen, indem sie in das Innerste des Menschen, selbst in den Schädel gelangen, zu allen möglichen perivertebralen, para- und peripleuritischen Phlegmonen, die auf die Lungen, die Milz und selbst das Herz übergreifen können. Auch Metastasenbildung ist beobachtet.

5 Fälle mit Sectionsbefund werden mitgetheilt.

Die Pilze sind durch ihre Grösse vor allen anderen ausgezeichnet und es liess sich hoffen, so leichter ihre Lebensvorgänge zu erforschen. Doch stehen auch hier grosse Hindernisse im Wege. Ist doch noch nicht sicher festgestellt, zu welcher Pflanzenfamilie das Gebilde zu rechnen ist.

Das Pilzkorn besteht aus einer Unzahl feiner Fäden, die gestreckt, selten wellig verlaufen und zapfen- oder keulenförmig enden. Sie strahlen von einem gemeinsamen Mittelpunkt aus und bedingen so die Form des Gebildes. Die Schale wird durch die glänzenden keulenförmigen Körperchen gebildet. Im Inneren bilden diese Fäden ein dichtes Gewirr, aus dem sich die kolbentragenden ablösen und an die Peripherie aufsteigen. Gegen Reagentien sind sie sehr resistent. P. hält es nicht für unmöglich, dass sie Abkömmlinge einer Schistomycetenform seien.

Impfversuche, die beweisen sollten, dass der Pilz Ursache der Erkrankung sei, sind leider viel gescheitert. Kaninchen und Hunde sind vollkommen unempfänglich, nur das Rind besitzt eine ausgesprochene Empfänglichkeit.

Nach P. kam jede beliebige Stelle der äusseren Körperoberfläche, trifft eine Verletzung mit der Einfuhr der Keime zusammen, als Atrium morbi dienen. Die Infectionsgeschwulst muss der Syphilis und Lepra am nächsten gerückt werden.

Menche.

656. **Friedländer, Ueber die Schizomyceten bei der acuten fibrinösen Pneumonie.** (Virch. Arch. Bd. 87. S. 319.)

Bei acht Fällen von Pneumonie untersuchte Verf. die Lunge auf Anwesenheit von Mikroorganismen stets mit Erfolg. Er fand dieselben fast stets von annähernd gleicher Grösse, als ellipsoide, fast einen Mikromillimeter lange, homogene leicht glänzende Körper, die meist zu zweien, aber auch in Ketten zusammenhängen. Sie liegen mitten in den Fibrinmassen, niemals im Inneren von Zellen, und sind besonders bei der graurothen Hepatisation häufig. In einem Falle wurden sie auch zahlreich in den Lymphgefässen eines interstitiellen Bindegewebszuges gefunden.

Ribbert.

---

657. **Elsenberg, Anatomische Veränderungen der Speicheldrüsen bei Lyssa des Hundes und des Menschen.** (Gazeta lek. 1881. Nr. 7. Polnisch.)

Die vom Verf. an Speicheldrüsen von an Lyssa kranken 12 Hunden und 2 Menschen angestellten Untersuchungen ergaben folgende Veränderungen:

Beim Hunde: In der etwas vergrösserten Submaxillardrüse bedeutende Infiltration des parenchymatösen Gewebes mit kleinen lymphoiden Zellen und zwar am ausgesprochensten in der Umgebung der Ausführungsgänge und Venen mittleren Kalibers und im Hilus der Acini, weniger auf der Peripherie und gänzlich fehlend im Hilus der Drüse; zuweilen war diese Infiltration inmitten der Acini so bedeutend, dass sie den Eindruck eines mikroskopischen Abscesses machte. Das interacinöse Gewebe viel weniger infiltrirt. Die Blutgefässe, besonders die capillaren, sind erweitert, das Blut in denselben enthält grosse Menge zerstreut liegender oder an der Gefässwand zusammengehäufter farbloser Blutkörperchen. Die Epithelzellen der Acini sind wenigstens um das Dritttheil verkleinert, ihr Inhalt körnig, der sonst abgeplatte Kern mehr rund und grösser und mehr in der Mitte der Zelle gelegen. Die halbmondförmigen Zellen sind angeschwollen und vergrössert, so dass zwei Dritttheile seltener das ganze Bläschen einnehmen; die Zahl ihrer Kerne ist um das Doppelte oder Dreifache vergrössert. Aehnliche Veränderungen fand Verf. nur wenig ausgesprochen in der Sublingual- und sehr unbedeutend in der Orbitaldrüse. Die Parotiden zeigten nur bei 4 Hunden obige Veränderungen.

Beim Menschen: Die bedeutendsten Veränderungen fand Verf. in der Sublingualdrüse, wo die kleinzellige Infiltration ebenso wie beim Menschen nachzuweisen war; in der Submaxillardrüse war nur das die Venen und die mittelgrossen Ausführungsgänge umgebende Gewebe infiltrirt; die Parotis erwies sich unverändert.

Obige Veränderungen hält Verf. für den Ausdruck eines end-

zündlichen Processes, dessen Entstehungsursache in dem im Blute circulirenden und durch die Speicheldrüsen ausgeschiedenen Virus zu suchen sei. Da nun die bedeutendsten Veränderungen in den Submaxillar- und Sublingualdrüsen gefunden wurden, so sei es wahrscheinlich, dass nur der Speichel dieser beiden Drüsen das der Lyssa eigene Virus enthält. Die Begründung dieser Hypothese behält sich Vf. vor.

Smolénski (Ernsdorf in Schlesien).

---

658. **Long, Note sur un cas de rage chez l'homme.** Bemerkung über einen Fall von Hundswuth beim Menschen. (Rev. méd. de la Suisse Rom. 1882. Nr. 2.)

Der Fall betrifft einen 56 jähr. Mann, der am 3. December 1880 von einem kleinen Hunde am Daumen der linken Hand und an zwei Stellen unterhalb des rechten Schlüsselbeins gebissen war. Die Wunde am Daumen war tief und blutete stark, die beiden andern oberflächlich; die Heilung ging ohne Störung vor sich. Am 10. Februar 1881 (67 Tage nach der Verletzung) traten ohne dass sich Veränderungen im Aussehen der Narben, Schmerzhaftigkeit etc. gezeigt hätten, die ersten Symptome der Lyssa ein und am 14. Februar erfolgte der Exitus. Es kam während der ganzen Dauer der Erkrankung nicht zu den heftigen tobsuchtähnlichen Anfällen; L. ist geneigt als Grund dafür die Behandlung (constanter Strom am Rückenmark, grosse Gaben von Chloral in Lavements von 4 gr und oft wiederholte subcutane Injectionen von Morphium 0,01) anzusehen. Bei der Autopsie fand sich starke Hyperämie des Gehirns und Rückenmarks und seiner Hüllen; an den mit den Narben in Verbindung stehenden Nerven makroskopisch nichts Abnormes. Verf. ist der Ansicht, dass die bei der Lyssa auftretenden Krämpfe der Athem- und Schlundmuskeln auf Reizung des verlängerten Markes und des oberen Theils des Rückenmarks durch das eingedrungene Gift zurückzuführen seien, dass aber Letzteres nicht im Blute auf die genannten Nervencentren wirke, sondern dass es zunächst die peripheren Nervenenden an der gebissenen Stelle reize und verändere, und dass sich der hier gesetzte Reiz allmählich, dem Verlauf der Nerven folgend, zum Gehirn und Rückenmark fortpflanze. Für diese Ansicht führt er an, dass es bisher nicht gelungen ist, durch Einimpfen des Bluts wuthkranker Thiere bei andern dieselbe Krankheit zu erzeugen. Er vergleicht die Lyssa mit dem Tetanus, bei dem ein ähnliches Verhalten anzunehmen sei. Wie nun bei diesem Dehnung der betreffenden Nerven in einigen Fällen erfolgreich gewesen, so solle man auch bei der Lyssa Versuche mit Dehnung der mit der Bissstelle in Verbindung stehenden Nerven machen. Im Uebrigen empfiehlt er die von ihm eingeschlagene Methode, hohe Dosen von Chloral und Morphium und Galvanisirung des Rückenmarks.

Brockhaus (Godesberg).

---

659. **S. Danillo, Contribution à l'anatomie pathologique de la moelle épinière dans l'empoisonnement par le phosphore.** Pathol. Anat. des Rückenmarks bei der Phosphorvergiftung. (Comptes rendus T. XCIII. Nr. 22.)

Am Rückenmark von Hunden, die mit Phosphor vergiftet worden waren, fand Verf. folgende Veränderungen. Makroskopisch war in den ganz acuten Fällen nur die graue Substanz, in den etwas protrahirteren gleichzeitig auch die weisse Substanz hyperämisch und von verminderter Consistenz. Mikroskopisch zeigten sich die Ganglienzellen vergrössert, in späteren Stadien mit Vacuolenbildung, und in der grauen Substanz, besonders im Lumen und an den Wandungen der Blutgefässe, massenhafte Depots von schwarzem Pigment, welches in Alkalien und Säuren leicht löslich, in Alkohol und Aether unlöslich war. Bei gleichzeitiger Affection der weissen Substanz war auch hier Pigment, aber nur in Körnern von der Grösse rother Blutkörperchen anzutreffen. Die peripheren Nerven zeigten keine Veränderung.

Der Phosphor erzeugt also eine Myelitis, die bei ganz acut wirkenden Dosen nur die graue Substanz, bei protrahirteren Fällen diffus beide Substanzen des Marks betrifft und welche mit den intra vitam auftretenden nervösen Symptomen in Verbindung zu bringen ist.

Lüderitz (Jena).

---

660. **Catiaus, Ueber die Störungen nach ausgedehnten Hautverbrennungen.** (Virch. Arch. Bd. 87. S. 385.)

Nachdem Verfasser die verschiedenen Theorien über die Todesursachen nach ausgedehnten Hautverbrennungen angeführt und speciell die jüngste Theorie von v. Lesser bekämpft hat, folgert er aus dem Umstand, dass die Extensität der Hautverbrühung der maassgebende Factor ist, dass der Grund der Störungen nach Verbrühungen nur in gewissen Hautveränderungen gesucht werden kann, die vielleicht darin bestehen, dass eine auf der Haut befindliche Substanz durch eine rapide Erhitzung in ein Gift verwandelt wird, dessen Resorption die Störungen bedingt. Und da wird daran erinnert, dass im Schweiss und in der Haut ameisensaures Ammonium existirt, welches mit kochendem Wasser plötzlich übergossen, unter Wasserverlust Blausäure liefert und es wird in der Resorption dieser Blausäure bei Verbrühungen die Todesursache gesucht. Dazu stimmt, dass die Krankheitserscheinungen ganz analog denen einer langsam verlaufenden Blausäurevergiftung sind, dass speciell in beiden Erkrankungen der Herzstillstand erst nach dem Respirationsstillstand erfolgt. Dass Blut Verbrannter keine Blausäurereaction ergiebt, erklärt sich sehr leicht daraus, dass zum letalen Ausgange nur ausserordentlich wenig Blausäure genügt, in unserem Falle um so weniger, als das Gift jedes Mal frisch bereitet wird und daher wirksamer ist. Es wird dann weiterhin

die Entstehung der Duodenalgeschwüre, der im späteren Verlaufe der Erkrankung oft auftretenden Embolien, der Pneumonie, der Nephritis besprochen und besonders für letztere betont, dass eine bestimmte Erklärung nicht zu geben ist. Da der Tod bei Blausäurevergiftung und entsprechend bei Verbrennungen ein Erstickungstod ist, so muss bei der Therapie in erster Linie auf die Respiration Rücksicht genommen werden durch Uebergiessungen mit kaltem Wasser und eventueller Einleitung der künstlichen Respiration.

Ribbert.

---

661. **Germain Sée, Sur quelques anomalies séméiologiques et étiologiques de la pleurésie.** Ueber einige semiotische und ätiologische Anomalien der Pleuritis. (L'Union médicale Nr. 7 u. 9.)

Verf. bespricht zunächst das pleuritische Fieber. Er bekämpft die Ansicht Ziemssens, dass, so oft das Fieber 39,5 bis 40° erreicht, das Exsudat ein eitriges ist; ebensowenig spricht nach ihm ein exquisit hektischer Fiebertypus für eitrige Beschaffenheit des Exsudats. Zum Beweise seiner Ansicht führt er verschiedene, von ihm beobachtete Fälle an, deren genauere Beschreibung im Original nachzusehen ist. Auch die Heftigkeit der übrigen pleuritischen Symptome lässt keinen Schluss auf die Menge und Beschaffenheit des Exsudats zu. Wo die Ergebnisse der physikalischen Untersuchung ein massenhaftes Exsudat erwarten lassen, kann dies sehr unbedeutend sein und umgekehrt. (2 Beobachtungen). Verf. beschreibt ferner einen Fall, der beweist, dass öfters wiederholte Punctionen nicht mit Nothwendigkeit die Umwandlung eines sero-fibrinösen Exsudats in ein eitriges veranlassen. Dieser Fall zeigt auch, dass das Auftreten amphorischer oder cavernöser Geräusche im Verlauf einer Pleuritis weder einen Schluss auf die Menge des Exsudats noch auf Cavernenbildung gestatten. Zuweilen kann man diese pseudo-cavernösen Phänomene gegen Ende der Krankheit beobachten und sie als Vorboten der Heilung betrachten. Des weiteren erzählt Verf. eine Beobachtung von Pleuritis bei einem an Tripper erkrankten Manne. Dieselbe zeichnete sich aus durch eine excessive Schmerzhaftigkeit der erkrankten Thoraxhälfte, sowohl spontan beim Athmen als gegen Druck, starke Dyspnoe bei vollständig fehlendem Exsudat. Verf. glaubt die Entzündung der Pleura mit der Tripperinfection in Causalzusammenhang bringen zu müssen und erwähnt einen früher von ihm beobachteten Fall (Tripper, gonorrhoische Entzündung verschiedener Gelenke, Pleuritis), bei dem die aetiologische Zusammengehörigkeit der Pleuresie und der Gonorrhoe seiner Ansicht nach unzweifelhaft war. Gegen den Schmerz und die Dyspnoe im obigen Falle erwiesen sich subcutane Injectionen von salpetersaurem Pilocarpin sehr wirksam. Bezüglich der Dyspnoe bei Pleuritis unterscheidet Verf. drei Arten: 1) diejenige, bei der die Kurzathmigkeit im Verhältniss zu der Massenhaftigkeit des Ergusses steht; 2) die von ihm

sogenannte mechanische oder objective Form, bei der die Kranken nicht über Dyspnoe klagen, aber die Respiration kurz und abgebrochen ist, und bei der gewöhnlich Cyanose der Lippen und Finger besteht, endlich 3) die Dyspnoe in Folge grosser Schmerzhaftigkeit beim Athmen. Schliesslich resumirt Verf. seine Ansichten über die bei pleuritischen Ergüssen einzuschlagende Therapie. Er hält wenig von den Diureticis, der Digitalis und der Milchdiät, nichts von Vesicantien. Die einzig rationelle Therapie ist die Thoracocenthese.

Brockhaus (Godesberg).

---

662. **Ferrand, De l'alimentation forcée des Phthisiques.** Ueber die forcirte Ernährung der Phthisiker. (L'Union méd. Nr. 11.)

F. behandelte einen aufs äusserste heruntergekommenen Phthisiker, der an vollständiger Appetitlosigkeit und hartnäckigem Erbrechen sowohl morgens als den Tag über in Folge heftiger Hustenanfälle, zuweilen auch unabhängig von denselben, litt. Da alle andern Mittel sich unwirksam zeigten, wurde zur Ernährung mit der Sonde geschritten und bis zu 4 Liter Milch eingeführt. Der Erfolg war 3 Monate hindurch ein günstiger indem das Erbrechen nachliess, der Appetit und die Kräfte des Kranken zunahmen, ohne dass indess eine Besserung in den Lungenerscheinungen eintrat. Nach dieser Zeit wiederholte sich das Erbrechen trotz fortgesetzter künstlicher Ernährung und der Kranke starb nach ca. 2 Monaten. Der Erfolg der forcirten Ernährung war demnach ein vorübergehender und kann es nach F. auch nur sein, weil durch dieselbe zwar die Zufuhr und damit auch die Verdauung gebessert, die Assimilation der verdauten Stoffe dagegen bei der durch das Lungenleiden hervorgerufenen allgemeinen Kachexie nur in geringem Grade günstig beeinflusst wird.

Brockhaus (Godesberg).

---

663. **Ad. D'Espine, Essai de cardiographie clinique pour servir à l'étude des modifications du premier bruit et des chocs multiples.** Ueber klinische Cardiographie. (Revue de médecine 1882 Nr. 1 u. 2.)

Verf. betont die Wichtigkeit cardiographischer Untersuchungen für klinische Zwecke. Mittelst eines grossen Marey'schen Polygraphs, welcher gestattete, gleichzeitig 4 Curven (Herzchoc, Carotis, Radialis, Zeit) aufzuzeichnen, wurde an Thieren sowie an gesunden und kranken Menschen eine ausgedehnte Reihe von Untersuchungen angestellt. Die

Einzelheiten der Methode sowie die zahlreichen mit ausführlichen Krankengeschichten versehenen Einzelbeobachtungen sind im Original nachzulesen. Die wichtigsten Ergebnisse sind folgende:

Die Ventrikelcontraction setzt sich aus mehreren successiven Factoren zusammen, unter denen zwei Hauptpulsationen zu unterscheiden sind, nämlich 1) die „pulsatio mitralis" des Ventrikels, durch welche das Blut ins Aortenreservoir gelangt, und 2) die „pulsatio aortica," durch welche es weiter in die peripheren Arterien getrieben wird. Beide Pulsationen finden sich markirt am Carotispuls, während am Radial- und Femoralpuls nur die zweite Pulsation vorhanden ist. An der normalen Herzchoccurve ist nur die puls. mitr. markirt und bildet den Gipfel der Curve. Bei gesteigerter Aortenspannung dagegen erscheint auch die puls. aortica, und diese bildet jetzt den Curvengipfel (so bei Schrumpfniere mit Herzhypertrophie, so bei starkem Herzchoc nach Muskelanstrengungen).

Die puls. mitr., durch welche die Mitralklappe zum Schluss gebracht wird, ist entweder einfach und dann entspricht ihr ein einfacher 1. Ton, oder sie ist doppelt. Je mehr im letzteren Falle die beiden Pulsationen von einander getrennt sind, um so mehr nähert sich der 1. Ton der Verdoppelung und das Ensemble der Herztöne dem Galopprhythmus. Beim Hunde und beim Menschen ist normal die puls. mitr. einfach, beim Pferde dagegen ist sie doppelt. Eine Verdoppelung des 1. Tones entsteht nicht durch ungleichzeitige Action der beiden Ventrikel, weil der erste Abschnitt der Systole in beiden Ventrikeln völlig synchron erfolgt. Dagegen kann der 2. Ton gespalten sein durch ungleichzeitigen Schluss der Pulmonal- und Aortenklappen.

Verf. unterscheidet einen linksseitigen und einen rechtsseitigen Galopprhythmus (bruit de galop à gauche und à droite). Ersterer entsteht durch einen Doppelton der Mitralis bei gewissen Fällen erhöhten Aortendruckes (bruit de galop nephritique) und ist am lautesten an der Spitze zu hören. Letzterer kommt her von einem Doppelton der Tricuspidalis, wie er in Fällen vermehrter Spannung im Pulmonalgebiet beobachtet wird, und hat sein punctum maximum auf dem Sternum (bruit de galop pulmonaire). Mitunter, bei grossen Widerständen im Pulmonalgebiet, bildet der rechtsseitige Galopprhythmus den Uebergang zur Arhythmie. Die Vermehrung der arteriellen Spannung scheint zum Zustandekommen des Galopprhythmus eine conditio sine qua non zu sein, sie genügt aber nicht immer und der Mechanismus des valvulären Doppeltones ist noch nicht völlig aufgeklärt.

Bei uncomplicirten Fällen von Klappenerkrankungen des l. Herzens (Stenose, Insufficienz) ist der 1. Ton, ist die puls. mitr. stets einfach.

Bei gewissen Krankheiten zeigt die Herzchoccurve eine pathognomonische Form: bei Aortenstenose ist sie in ein langes Plateau ausgezogen, bei Schrumpfniere mit Herzhypertrophie gleicht sie einem Kameelrücken, bei Mitralinsufficienz hat sie die Form eines Zuckerhuts.

Betreffs der Prognose ist die Cardiographie insofern von Wichtigkeit, als sie über die Beziehungen zwischen den beiden wesentlichen Factoren der Circulation, der Propulsivkraft des Ventrikels und der arteriellen Spannung, Aufschluss giebt. Schreitet die Ventrikelwelle nur langsam bis zum Radialpuls fort (ist der „retard radial" beträchtlich),

so weist dies auf Herzschwäche hin, zumal wenn die arterielle Spannung stark ist, da letztere die Fortpflanzung der Ventrikelwelle befördert. — Die Herzsystole dauert um so länger, je grösser das Missverhältniss zwischen dem zu überwindenden Widerstand und der Herzkraft ist. Bei Hypertrophie des linken Ventrikels und niedriger Aortenspannung (Aorteninsufficienz) ist sie kurz, bei Aortenstenose ist sie sehr langdauernd. Bei der Schrumpfniere ist sie wechselnd.

Ein diastolischer Herzchoc neben dem systolischen wird beobachtet bei zwei Herzkrankheiten: 1) bei Aorteninsufficienz mit beträchtlicher Regurgitation, ein signum mali ominis; 2) bei Mitralinsufficienz mit Stenose des Ostiums, hier entsteht er von dem hypertrophischen linken Herzchoc aus.

Lüderitz (Jena).

---

664. **Poniklo** (Krakau), **Ueber die Bestimmung der unteren Magengrenze.** (Przeglad lekarski 1882. Nr. 1—7. Polnisch.)

Verf. führte seine ausgedehnten Experimentaluntersuchungen in der Richtung aus, dass er die bisher angegebenen wichtigeren Methoden der physikalischen Bestimmung der unteren Magengrenze theils an Cadavern, theils an Lebenden (Gesunden und Kranken) zu erproben, ihren relativen Werth und die allfälligen Schwierigkeiten und Unbequemlichkeiten ihrer Ausführung kennen zu lernen und den Grad von Exactheit, auf welche die durch jene Methoden gewonnenen Resultate in der Diagnostik Anspruch machen können, experimentell zu eruiren suchte. Am Ende gibt Verf. seine eigene neue Methode der Magenuntersuchung an. Wir können hier aus der ausführlichen, auf Prof. Korczynski's medicinischer Klinik mit grosser Umsicht ausgeführten Arbeit nur die Endresultate angeben.

I. Magenpercussion. Unter 21 mitgetheilten Untersuchungen an Leichen ergab sich, dass es nur in 6 Fällen möglich war, durch Percussion die untere Magengrenze mit einiger Genauigkeit zu bestimmen. In allen diesen 6 Fällen fand man bei der Section, dass der Magen wenigstens mässig mit Luft gefüllt war und nach unten entweder das wenig aufgeblähte Colon transversum oder mässig aufgetriebene Dünndarmschlingen berührte. Das diagnostische Merkmal bestand hier im deutlichen Höhenunterschiede des tympanitischen Schalles: über dem Magen war derselbe tief und mehr voll, nach unten hin dagegen höher und weniger voll. In zwei Fällen nahm man die untere Grenze des Colon transv. für die untere Magengrenze, weil das aufgetriebene Colon einen gleich hohen tympanitischen Schall gab, wie der Magen. In zwei anderen Fällen verwechselte man die untere Grenze des Magens, den man mit Flüssigkeit gefüllt glaubte, mit dem von Koth angefüllten Colon transv., von welchem die Schalldämpfung abhing. In einem Falle, wo man über dem ganzen Abdomen einen gleichhohen Percussionsschall fand, zeigte die Section, dass sowohl der Magen

als auch das angrenzende Colon und der bedeutend aufgetriebene und verschlungene Dünndarm einen ganz gleichen Percussionsschall gab. (Vf. hat gefunden, dass von zwei gleich langen und gleich stark aufgeblähten Dünndarmschlingen die gerade ausgestreckte einen höheren Schall gibt als die verschlungene.) Einmal war endlich sowohl der Magen als auch das Colon gänzlich mit Dünndarmschlingen bedeckt, in Folge dessen der Percussionsschall überall gleiche Höhe und gleiches Timbre zeigte.

Im Allgemeinen lässt sich nach Verf. die untere Magengrenze vermittelst der Percussion nur in folgenden Fällen bestimmen: 1. Wenn der Magen bis zu einem gewissen Grade mit Gas gefüllt ist, so dass er mit der grossen Curvatur wenigstens etwas unter dem Colon hervorragt; 2. Wenn der Magen nach unten dem wenig aufgetriebenen, weder mit Flüssigkeit noch mit Kothmassen gefüllten Colon transv. anliegt; 3. Wenn den Magen von unten wenig oder nur mässig aufgetriebene Dünndarmschlingen berühren, besonders wenn sie wenig verschlungen sind; 4. Wenn der Magen nicht von Dünndarmschlingen bedeckt ist. — So oft eine von diesen Bedingungen fehlt, ist die Bestimmung der unteren Magengrenze niemals sicher, oft unmöglich.

Anders verhält sich die Sache, wenn man den Magen früher künstlich aufbläht. Alsdann 1. erlaubt der Unterschied der Schallhöhe die untere Magengrenze fast immer zu bestimmen; 2. Als Controle kann der bei gleichzeitiger Auscultation sich ergebende metallische Nachklang dienen, wiewohl er allein für die Diagnose nicht ausreicht; 3. Bei bedeutender Magenaufblähung im Cadaver geht die Luft in den Dünndarm über, wodurch das Untersuchungsresultat problematisch wird. (Deshalb hielt es Verf. für nöthig, bei seinen diesbezüglichen Untersuchungen an Leichen vorher das Duodenum zu unterbinden.)

Noch weniger sichere Resultate gibt die Percussion an Lebenden. Wenn der Magen nur wenig aufgebläht ist, so müssen sehr günstige Bedingungen in Betreff der Lagerung und Gasanhäufung des Darmes zusammentreffen, um einen ausgesprochenen Unterschied des Percussionsschalles zu ergeben. Dagegen gab die Untersuchung in all' denjenigen Fällen, wo man vorhin den Magen durch Kohlensäure aufgebläht hatte, ziemlich sichere Resultate. Im Allgemeinen lässt sich Folgendes behaupten: 1. Die untere Grenze eines auf natürliche oder künstliche Weise mehr als mässig aufgeblähten Magens kann man auf Grund des Unterschiedes der Schallhöhe gewöhnlich bestimmen; zuweilen markiren sich die Umrisse desselben deutlich durch die Bauchdecken. 2. Die auf diese Weise festgestellte untere Magengrenze entspricht nur annähernd und mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit der wirklichen Lage derselben; das Niveau des Nabels bildet ungefähr die niedrigste Grenze, bis zu welcher ein normaler Magen herabsinken kann. 3. Der häufig vorkommende metallische Nachklang hat einen zweifelhaften diagnostischen Werth.

II. Die sowohl an Cadavern (nach vorheriger Unterbindung des Duodenums) als auch an Lebenden angestellten Untersuchungen an mit Flüssigkeit natürlich oder künstlich gefüllten Mägen ergeben, dass man dabei durch Percussion die Magengrenze ziemlich sicher fest-

stellen kann; die Section bestätigte immer das gefundene Resultat. Nichtsdestoweniger ist auch diese Methode nicht immer ausführbar; dicke Bauchdecken, Spannung der Bauchmuskeln und dergl. m. können die Untersuchung im hohen Grade erschweren.

Schlüsse: 1. Die percutorische Bestimmung der unteren Magengrenze nach Anfüllung des Magens mit Flüssigkeit ist eine ziemlich sichere Methode; 2. Am besten ist es den Kranken in sitzender Lage zu untersuchen; 3. Die Nabelhöhe bildet die niedrigste Grenze normalen Magenumfangs; 4. Die Flüssigkeitsdämpfung muss man links suchen, selten überschreitet dieselbe nach rechts hin die Medianlinie des Körpers; 5. Die Untersuchungsmethode ist sicherer als die auf künstlicher Kohlensäureaufblähung des Magens beruhende.

III. Verf. erprobte auch Rosenbach's Methode zur Feststellung des Flüssigkeitsniveau's im Magen, da dieselbe, wiewohl vornehmlich zur Bestimmung der muskulären Energie des Magens erfunden, doch mittelbar zur Diagnose der Magendilatation dienen kann. Die Ergebnisse der diesbezüglichen Untersuchungen fasst Verf. in folgenden Sätzen zusammen: 1. Die Berücksichtigung der muskulären Magenenergie ist bei der Bestimmung der Magengrenzen ein wichtiges Hilfsmittel; 2. Nach Rosenbach's Methode lässt sich vermittelst einer steifen Magensonde, wenn sich der Kranke an das Einführen derselben gewöhnt hat, das Flüssigkeitsniveau annähernd bestimmen; 3. Der Grundgedanke, dass das Niveau der eingegossenen Flüssigkeit sich im normalen Magen immer mehr erhebt und in einem dilatirten Magen auf derselben Höhe bleibt, ist richtig; 4. Rosenbach's Methode ist aber zu complicirt, daher wenig praktisch. Besser in dieser Hinsicht sind die Methoden von Neubauer und Fleischer.

IV. Ueber Schreiber's Methode zur Bestimmung der unteren Magengrenze mittelst aufzublähender Gummiballons sagt Vf.: 1. Sie sei complicirt und oft sehr schwer ausführbar; 2. Sie gebe noch weniger sichere Resultate als Wagners Methode mit Kohlensäureaufblähung.

V. Zu ebenso wenig befriedigenden Ergebnissen führte den Verf. die Untersuchungsmethode mit der Magensonde (Leube-Penzoldt). 1. Leube's Methode ist nur bei Benutzung dickerer Magensonden (von 20 mm ab) zulässig; 2. Die Procedur ist für die Kranken lästig und durchaus nicht gleichgültig. Leube's Linie (Verbindungslinie der beiden Spinae anter. oss. ilei) besitzt einen nur sehr problematischen diagnostischen Werth und steht die Methode allen anderen nach. (Dem Verf. gelang es in jedem Falle an Cadavern die Magenwand noch tiefer, bis 2—3 cm über der Symphyse, herabzudrücken, ohne auch nur einmal den Magen zu verletzen.) 4. Die Methode Leube-Penzoldt ist leichter ausführbar, gibt aber auch sehr zweifelhafte Resultate.

VI. Verfassers neue Methode zur Bestimmung der unteren Magengrenze. Dieselbe beruht auf folgendem Grundgedanken. Wenn es möglich wäre, den Augenblick zu erfassen, wann das untere Ende der Magensonde die untere Magenwand berührt, so würde man durch Vergleichung des von den Zähnen bis zum Magengrunde reichenden Sondenstückes mit constanten Körperdimensionen (Körperhöhe, Länge der Wirbelsäule u. dgl.) die Lage der unteren Magengrenze ermitteln können. Zu diesem Zwecke liess sich Verf. folgenden Apparat con-

struiren: Das untere Ende einer gewöhnlichen, elastischen, englischen Magensonde wird senkrecht abgeschnitten, so dass es in eine runde Oeffnung ausläuft. Im Innern der Sonde ist, in einer Entfernung von 4—5 cm von unten, eine durchbohrte Hornscheibe fest angebracht; das trichterfömig erweiterte obere Ende der Sonde ist mit einem ebenfalls durchbohrten Holzcylinder verschlossen. Durch die ganze Länge der Sonde verläuft ein ziemlich dünner unbiegsamer Stahldraht (Mandrin), der durch die Oeffnungen des oberen Holzcylinders und der inwendigen Hornscheibe durchgezogen ist. An seinem unteren, über die untere Sondenöffnung hinausragenden Ende trägt der Mandrin einen zapfenartigen Hornaufsatz, der, wenn er an das untere Ende der Sonde angedrückt oder durch das obere Drahtende angezogen wird, die untere Sondenöffnung vollständig deckt und dem Apparat die Form einer gewöhnlichen Magensonde gibt. An die oben beschriebene inwendige Hornscheibe ist von unten ein leichtes Metallgewinde angebracht, dessen Windungen um den Stahldraht nach unten hin verlaufen und dessen unteres Ende in einiger Entfernung von der Hornscheibe mit dem Drahte fest verbunden ist. Durch dieses Gewinde wird der untere Hornaufsatz des Drahtes in einer Entfernung von 1—1$^1/_2$ cm vom unteren Sondenende erhalten, wenn derselbe nicht durch unmittelbaren Druck oder durch Anziehen des oberen Drahtendes dem unteren Sondenende genähert wird.

Die Anwendung dieses Apparates ist folgende: Der Hornaufsatz des Mandrins wird an die untere Sondenöffnung genau angezogen und in dieser Lage durch eine einfache am oberen Drahtende angebrachte Klemmvorrichtung befestigt. Darauf wird das Instrument wie eine gewöhnliche Magensonde in den Magen eingeführt. Sobald die Sonde mit ihrem unteren Ende die Cardia passirt hat, wird die Klemme entfernt, so dass nun der Hornaufsatz kraft des Metallgewindes von der unteren Sondenöffnnng abspringt. Wenn man nun das Instrument noch tiefer in den Magen einführt (angenommen, derselbe ist mit Gas oder Flüssigkeit mässig gefüllt), so wird von dem Augenblicke an, wo der Hornaufsatz die untere Magenwand berührt und an dieselbe leicht angedrückt wird, das obere Drahtende um ebenso viel über das obere Sondenende hinausragen, um wieviel sich der Hornaufsatz dem unteren Sondenende genähert hat. Die erste Bewegung des oberen Drahtendes gibt uns genau den Augenblick an, in welchem der Hornaufsatz den Magenrand berührt. Wenn wir nun diesen Augenblick dadurch festhalten, dass wir uns mit dem Finger denjenigen Punkt der Sonde verzeichnen, der im Augenblicke der ersten Bewegung des Drahtes die Zähne berührte, so ist der Abstand zwischen diesem Punkt und dem unteren Sondenende (sammt dem hervorragenden unteren Drahtende und dem Hornaufsatz) gleich der Entfernung der Zähne von der unteren Magenwand. Durch Vergleichung dieser Entfernung mit constanten Körpermaassen können wir nach Penzoldt leicht ermitteln, ob die Lage der unteren Magengrenze im speciellen Falle normal oder pathologisch ist. — Vor der Herausnahme des Instrumentes muss der Hornaufsatz angezogen und mittelst der Klemme festgehalten werden.

Verf. versichert, dass die Manipulation mit einem Instrumente durchaus nicht complicirt oder schwierig ist. Er stellt an dieses In-

strument folgende Forderungen: 1. Die Sonde muss ziemlich steif sein, damit sie sich bei Berührung der Magenwand nicht einbiegt; dabei kann sie ziemlich dünn sein (10—12 mm im Umfang); 2. Der den Hornaufsatz tragende Mandrin muss ebenfalls ziemlich steif sein, aus versilbertem oder verzinktem Stahl (nicht aus Messing oder Kupfer) bestehen und in der Cylinder- und Scheibenöffnung mit möglichst geringer Reibung beweglich sein: 3. Das Metallgewinde muss schwach und leicht sein, damit bei dem leichtesten Druck an die Magenwand deren Hornaufsatz sich dem unteren Sondenende nähern kann; 4. Das Instrument muss länger als die gewöhnlich gebräuchlichen Magensonden sein (90—1000 cm), damit man mit ihm bei beträchtlicher Magendilatation bis zur unteren Magenwand reichen kann. — Verf. empfiehlt vor der Manipulation den Kranken ein Glas Wasser trinken zu lassen, damit die Falten des etwa contrahirten Magens die Einführung nicht behindern und dadurch zu keinem falschen Schlusse uns verleiten. — Derselbe Apparat empfiehlt sich zugleich zur Bestimmung der muskulären Magenenergie; als Maass hierbei kann uns der Unterschied zwischen der Länge des eingeführten Sondenstückes im Ausgenblicke der ersten Mandrinbewegung und der bei vollständiger Annäherung des Hornaufsatzes dienen. Wenn es sich um mathematische Genauigkeit handelte, so könnte man die Kraft des Metallgewindes bestimmen und die Widerstandskraft, mit der sich die Magenwand dem Drucke der Sonde entgegensetzt, genau in Ziffern angeben.

Die bis dahin vom Verf. mit seinem Instrumente erhaltenen Resultate erwiesen sich als genau.

Smolénski (Ernsdorf in Schlesien).

665. **J. Garel, Cirrhose hypertrophique graisseuse du foie.** Fettige hypertrophische Lebercirrhose. (Revue de méd. 1881. Nr. 12.)

Verf. berichtet über einen Fall von Lebererkrankung, welcher sich den von Sabourin als „fettige hypertrophische Cirrhose“ beschriebenen anschliesst.

Eine 42jährige bisher gesunde Frau fühlt sich seit einem Jahre matt und magert ab, hat seit 6 Monaten Schmerzen in der Magengegend, Appetitlosigkeit, häufiges Erbrechen galliger und schleimiger Massen. Mitunter leichtes Oedem der Beine. Stuhl regelmässig. Seit 8 Tagen Anschwellung des Leibes. Bei der Aufnahme ins Spital findet sich an der stark abgemagerten fahl aussehenden Kranken ein mässiger Ascites, vergrösserte Leberdämpfung. Nach einigen Tagen stellen sich Delirien ein, der Ascites nimmt zu, Oedeme der Beine, Tod 6 Tage nach der Aufnahme.

Die Section ergiebt 1 Liter Ascitesflüssigkeit. Die Leber sieht gelb aus, ähnlich einer Fettleber, hat an der Oberfläche zahlreiche kleine Granulationen. Peritonealüberzug nicht verdickt, ebensowenig

die Glisson'sche Kapsel um die Gefässe. Parenchym sehr hart, zeigt überall hellgelbliche kleine Granulationen. Gewicht 3 ¹/₄ Kilo. Milz gross, weich.

Auf der Schnittfläche zwischen normal gefärbten Parthien viele hellgelbliche Stellen. Mikroskopisch:

1. Bindegewebe stark hyperplastisch, theils in ringförmigen Bildungen, die oft mehrere Läppchen umfasen, theils als sternförmige oder winklige Flecke in den Interlobularräumen. Von den „Hauptbündeln" gehen zahlreiche feinere secundäre Bündel in die Läppchen bis an die Centralvene hinein.

2. Leberzellen an den normal gefärbten Parthien nicht wesentlich verändert, an den hellgelblichen Stellen stark fettig infiltrirt. Dazwischen viele Uebergänge. Die verfetteten Zellen sind rundlich, voluminös und bestehen aus zahlreichen kleinen Fettkörnchen; nach Behandlung mit Aether bleibt bloss die Zellmembran übrig, ein Kern fehlt. Vielfach finden sich die degenerirten Zellen zwischen den gesunden verstreut.

3. Von den Gefässen zeigt die V. centralis verdickte Wandungen und verengertes Lumen; die Capillaren der Läppchen sind nicht zu erkennen, wahrscheinlich sind sie fibrös degenerirt.

Lüderitz (Jena).

666. **Secretan, et Larguier, Calcul biliaire volumineux expulsé par l'anus.** Grosser Gallenstein durch den After entleert. (Rev. méd. de la Suisse Rom. 1882. Heft 2. S. 74.)

Ein 55 jähr. Mann erkrankt am 20. Juli 1880 an heftigen, 12 Stunden dauernden Koliken. Darauf mehrtägiges Wohlbefinden, welchem ein leichtes bis zum Ende des Monats dauerndes Fieber mit beträchtlicher Leberanschwellung folgte. Kein Icterus. Am 4. August Phlebitis des rechten, dann des linken Beines. Beide verlaufen leicht und rasch. Das Allgemeinbefinden ist schlecht, grosse Schwäche, kein Appetit, Verstopfung. Die Anschwellung der Leber nimmt ab und geht in eine Verkleinerung derselben über. Der Kranke bricht alles Genossene aus. Am 1. September wird nach starkem Brechen ein Spulwurm durch den Mund entleert. Von da an bedeutende Besserung bis zum 20. September. Dann heftige maniakalische Anfälle mit Schmerzen im Kopf und den Beinen. Diese Anfälle traten anfangs während den Mahlzeiten ein, später 1—2 Stunden nachher, endlich kurz vor der Defaecation. Sie dauerten mit Unterbrechungen bis zum 16. October 1881, an welchem Tage der Kranke einen Gallenstein von 8 cm Länge und 10 cm Umfang per anum entleerte. Die Anfälle kamen nach kurzer Pause noch einigemale wieder, um dann ganz zu cessiren. Im Verlauf der Erkrankung (October 1880) stellte sich Melancholie und bedeutende Atrophie mit Hyperästhesie des linken Arms und Beins ein. Längere

Anwendung des constanten Stroms und kleine Dosen Strychnin führte bis zum März 1881 Besserung von diesen Zuständen herbei. Auch nach vollständiger Genesung blieb längere Zeit Gedächtnissschwäche zurück. Die mikroskopische und chemische Untersuchung des Steins ergab, dass derselbe eine Hülle von reinem Cholesterin besass; dann folgte eine Schicht Cholesterin, welches mit einem amorphen, braunen Pigment (Gallenfarbstoff) innig vermischt war. Das Innere des Steins wurde von einem weichen, weisslichen, polyedrischen Kern gebildet, der aus Haufen von nadelförmigen Krystallen zusammengesetzt war. Die Verf. erklären den Fall in folgender Weise. Zunächst Einkeilung des Steins im Ductus choledochus, dann Zurückfallen desselben in die Gallenblase; Entzündung dieser letzteren und ihres Bauchfellüberzugs, Verlöthung mit dem Dickdarm, Fistelbildung, Durchtritt des Steines ins Colon, in welchem derselbe etwa 14 Monate sich aufhielt, allmählich tiefer trat und schliesslich per anum entleert. Unerklärt lassen sie die doppelseitige Phlebitis. Die nervösen Erscheinungen fassen sie als Reflexerscheinungen auf, hervorgerufen durch den Reiz des Steins auf die Nervenendigungen im Dickdarm. Sie führen einen im Hôtel-Dieu beobachteten Fall an von einer an Cholelithiasis leidenden Dame, bei der sich ähnliche nervöse Erscheinungen zeigten.

Brockhaus (Godesberg).

667. **Monti** (Wien), **Vergiftung durch Carbolsäure nach äusserer Anwendung derselben.** (Archiv für Kinderheilkunde. III. Band. 1. u. 2. Heft. 1881.)

Verf. verordnete einem 6-wöchentlichen, sehr anämischen, zu früh geborenen Kinde wegen eines sehr ausgebreiteten Eczems am Gefäss und an der innern und hintern Seite der untern Extremitäten Carbolsäureumschläge; die Dosis der Carbolsäure betrug 0,4 auf ol. olivarum und aq. calcis āā 100,0. Es wurden Leinewandlappen in diese Lösung entsprechend der Grösse der eczematösen Stellen eingetaucht, die Umschläge wurden alle 2 Stunden gewechselt; nach 4 Stunden, als die Lappen nur 3 mal gewechselt waren, bekam das Kind plötzlich Erbrechen, dann stellten sich Convulsionen ein, Sopor, die sichtbaren Schleimhäute waren sehr blass, Pupille eng, Temperatur nicht erhöht, Puls klein, schwach, Respiration unregelmässig, sehr beschleunigt. Die Carbolsäureumschläge wurden sofort ausgesetzt, ein warmes Bad, gegen den Collaps Excitantien und warme Einwicklungen am Stamme, gegen die Convulsionen Bromkali (1 : 100) verordnet. Die Convulsionen wiederholten sich innerhalb der ersten 12 Stunden der Erkrankung 3 mal, bei allen Anfällen, welche allerdings nur von kurzer Dauer waren, war das Kind vollständig bewusstlos. Nach den ersten 12 Stunden hörten die Convulsionen gänzlich auf. 7 Stunden nach der äusseren Anwendung der Carbolsäure war dann eine beträchtliche Verminderung

der Urinmenge und eine braungelbe Färbung des Urins zu constatiren; erst am 3. Tage der Vergiftung begann die Urinmenge mit dem Nachlass der Collapserscheinungen zuzunehmen, während die braune Färbung blieb; am 4. und 5. Tage nahm die braune Färbung ab; ebenso hatten die Stühle am 2. und 3. Erkrankungstage eine gelbbräunliche Färbung. Die chemische Untersuchung des Urins und der Stühle konnte wegen der geringen Mengen nicht vorgenommen werden.

Bereits 16 Stunden nach der Entwicklung des Carbolismus trat eine schmutzig bräunliche Verfärbung, zuerst im Gesicht und an den Extremitäten auf, dann erst verbreitete sie sich am Stamme; am Abend des 2. Erkrankungstages, als die allgemeinen Erscheinungen der Vergiftung ihren Höhepunkt erreicht hatten, wurde die Färbung am ganzen Körper gleichmässig intensiv. Am 5. Tage, als die allgemeinen Erscheinungen der Vergiftung geschwunden waren, als Collaps und Bewusstlosigkeit nicht mehr existirten, Stuhl und Urin wieder normal war, begann die gelbbräunliche Färbung des Körpers abzunehmen und zwar in umgekehrter Reihenfolge, in welcher sie aufgetreten war. Verf. hält es für wahrscheinlich, dass die ganz geringe Dosis von Carbolsäure, die ja oft in grosser Menge auf der Haut oder auf Wunden ohne jeden Schaden angewendet wird, durch die Application über eine grosse excoriirte Hautpartie, bei dem geringen Körpergewicht des Kindes, zur Intoxikation führte. Bei Inhalationen mit mehrprocentigen Carbolsäurelösungen, wie sie Verfasser bei Pertussis und Diphtheritis angewendet hat, hat er niemals Carbolsäurevergiftungen beobachten können.

Kohts (Strassburg).

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. und **Dr. D. Finkler,** a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. **6. April.** **Nro. 50—52.**

668. **Dr. Jul. Wolff** (Assistenzarzt am Allerheiligenhospital in Breslau), **Beitrag zur Lehre von der Dualität des Varicellen- und Variolencontagiums.** (Breslauer ärztl. Zeitschr. pro 1882. Nr. 1 und 2.)

Während Fleischmann, Eisenschitz, Widerhofer, Lothar Mayer, Thomas, Henoch die Ansicht vertreten, dass Variola und Varicellen zwei verschiedene Krankheiten sind, vertheidigen Hebra und seine Schule die Identität der beiden Contagien und geben nur eine quantitative Verschiedenheit der Gifte zu. Da zwei identische Contagien einander für immer oder wenigstens für längere Zeit ausschliessen, so geben ein wichtiges Criterium in dieser Frage Fälle ab, in denen ein Individuum kurz nach den Varicellen Variola bekommt und umgekehrt, ebenso nach geglückter Vaccination Varicellen. Derartige Fälle sind mehrfach in der Literatur verzeichnet, sehr selten aber ein Fall von gleichzeitiger Erkrankung an beiden Infectionskrankheiten. Thomas, der bedeutendste Gewährsmann auf diesem Gebiet, hält es für möglich, Delpech hat 1845 einen solchen Fall beschrieben. Ein weiterer Fall wird vom Verf. mitgetheilt: ein an Varicellen erkranktes Kind wird in der letzten Krankheitsperiode, durch Infection mit echter Variola, von Variola vera befallen.

Es folgt die genaue Krankengeschichte, die zuerst das typische Bild der Varicellen, später das der Variola erkennen lässt. Die Krankheit setzte mit geringer Temperatursteigerung ein, zugleich erfolgte die Eruption von wasserhellen Bläschen und spärlichen Papeln. Die Bläschen, ohne Knötchenbildung im Grunde, trockneten rasch ein; bemerkenswerth war das gleichzeitige Bestehen verschiedener Entwicklungsstadien des Exanthems und das andauernd gute Allgemeinbefinden. Später erfolgt eine dreitägige Temperatursteigerung, am dritten Tag die Eruption des fast stets auf gleicher Entwicklungsstufe befindlichen Exanthems, das später mit dickem Eiter gefüllte Pusteln bildet. Die Infectionsquelle wird auf das Wärterpersonal zurückgeführt, das einen Fall von Variola, diesen und einen 2. Fall von Varicellen (geimpft) zugleich bediente; der beschriebene Fall war angeimpft und erkrankte allein an Variola vera.

Menche.

---

669. **Christian, Mal perforant du pied dans la paralysie générale.** Mal perforant des Fusses bei allgemeiner Paralyse. (L'Union méd. Nr. 16.)

C. beobachtete das Uebel in zwei Fällen von allgemeiner Paralyse. Der erste betrifft einen 48 jähr. Kaufmann, der nach einem Stadium erotischer Aufregung verbunden mit epileptiformen Anfällen an Grössenwahn und allgemeiner Paralyse erkrankt war. Das Geschwür, angeblich seit 2 Jahren bestehend, befand sich an der untern Fläche der linken grossen Zehe, hatte wie mit einem Locheisen ausgeschlagene verdickte Ränder und graugefäbten Grund. Die Sonde drang tief in das Gelenk auf entblössten und mit zottigen Wucherungen bedeckten Knochen. Das Geschwür verbreitete einen fötiden Geruch, war auch gegen Berührung und Untersuchung mit der Sonde durchaus unempfindlich. Der zweite Fall, der einen 31 jähr. Officier betraf, verhielt sich bezüglich der geistigen Störung ganz ähnlich wie der erste. Das Geschwür sass ebenfalls an der Plantarseite der linken grossen Zehe, hatte ganz das Aussehen des oben beschriebenen, drang aber nicht so tief ein. Bei demselben Kranken hatte vor längerer Zeit ein ähnliches Uebel an der rechten grossen Zehe bestanden, und war nach mehrmonatlicher Behandlung abgeheilt. Bei beiden Kranken trat mit der Besserung des Fussleidens eine bedeutende Remission der geistigen Erkrankung ein. Die Beobachtungen von Mal perforant des Fusses bei allgemeiner Paralyse sind nach C. sehr selten; er findet in der Literatur nur einen von Lancereaux beschriebenen Fall. Die Ansicht, dass diesem Leiden trophische Nervenstörungen zu Grunde liegen, findet er durch seine Beobachtungen bestätigt, da bei Paralytikern nicht das Gehirn allein, sondern das ganze Nervensystem mehr oder weniger tief erkrankt sei. Er glaubt nach seinen Erfahrungen nicht, dass chirurgische Erkrankungen bei Paralytikern

im Allgemeinen einen schweren Verlauf nehmen, im Gegentheil hat er gefunden, dass Eiterungen oft den Gang der allgemeinen Paralyse günstig beeinflussen und glaubt, dass in den beiden vorliegenden Fällen das Mal perforant eine ähnliche Rolle gespielt habe.

Brockhaus (Godesberg).

---

670. **Dr. M. Bernhardt** und **Dr. M. Treibel** (Berlin), **Ein Fall von (sekundärer) Nervennaht am Nervus ulnaris.** (Berlin. klinische Wochenschr. 1881. Nr. 46.)

Zur Vermehrung der noch spärlichen Kasuistik von sekundärer Nervennaht am Menschen veröffentlichen die Verfasser einen Fall, in welchem die genannte Operation erfolglos war. — In Folge einer Verletzung an der Volar- und Ulnarseite des R. Vorderarms, 4 Querfinger oberhalb des Handgelenks, litt ein Pat. an folgenden Erscheinungen: Lebhaftes Prickeln im Kleinfingerballen und im kleinen Finger bei Druck auf die Narbe, Analgesie und Anästhesie des kleinen Fingers und der Volarseite des Kleinfingerballens, Atrophie des letzteren und der Spatia interossea, Adduktion der Finger gegen einander unmöglich, Streckung der Mittel- und Nagelphalangen mangelhaft, faradische Erregbarkeit der betroffenen Muskeln aufgehoben, galvanische träge und herabgesetzt. Von Zeit zu Zeit auf dem kleinen Finger Blasenbildung mit Hinterlassung von Epidermis-Defekten, die aber bald wieder vernarbten. Nach erfolgloser elektrischer Behandlung wurde 4 Monate nach der Verletzung das centrale mit den peripheren Enden (wahrscheinlich Rami volaris und dorsalis) durch Catgut vereinigt. Es erfolgte prima intensio; aber in den Sensibilitäts- und Motilitäts-Verhältnissen änderte sich nichts. „Das Endergebniss dieser sekundären Nervennaht war somit leider ein negatives“.

Stintzing (München).

---

671. **Dr. D. Kulenkampff** (Bremen), **Ein Fall von Nervendehnung bei Tabes.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881, Nr. 48.)

Aufgefordert durch die in der Literatur verzeichneten Erfolge, nahm K. an einem 43jähr. Pat., der, seit Jahren mit einem RM.-leiden behaftet, ausgesprochene Symptome der Tabes (Ataxie, Fehlen der Sehnenreflexe, Gürtelgefühl, herabgesetzte Tast- und Schmerzempfindung mit stellenweise verlangsamter Leitung, aufgehobenes Muskelgefühl, Myosis, Incontin. urinae) darbot, die Dehnung beider Ischiadici unter Lister's Cautelen vor. Die Blase war vorher mit reinem Katheter entleert worden. Bis auf zurückbleibende Drainlöcher mit geringer

Sekretion erfolgte prima reunio. — Unmittelbar nach der Narkose aber traten bis zu dem 17 Tage später erfolgenden Tode die heftigsten Schmerzen ein, die sich nicht auf die Beine beschränkten, sondern — was früher nie der Fall gewesen — durch die Lenden in den Rücken und bis in den Hinterkopf hinaufzogen. Auf die paralytischen und sensiblen Erscheinungen hatte die Operation, soweit dies zu constatiren war, gar keinen Einfluss. Dagegen setzte am Tage nach der Operation ein heftiger Blasenkatarrh ein, der unter Fieber durch Erschöpfung den Tod herbeiführte. Die Sektion wurde verweigert. K. hält es für wahrscheinlich, dass sich im RM. frische von der Operation herrührende Prozesse gefunden haben würden, und ist überzeugt, dass auch das tödtlich werdende Blasenleiden in einen ziemlich direkten Zusammenhang mit der Operation zu bringen ist. Denn die starke Zerrung des Nerven in der Nähe des plexus ischiadicus vermöge auf alle Fasern des letzteren, zu denen auch die motorischen und sensiblen Blasennerven gehörten, einen tiefgreifenden Einfluss auszuüben. — Man dürfe daher die Ischiadicusdehnung bei Rückenmarksleiden keinenfalls als eine an sich ungefährliche Operation bezeichnen, „falls man es überhaupt noch unternehmen will, durch diese theoretisch so gänzlich in der Luft schwebende Operation eventuell einem Patienten eine Verschlimmerung seiner Leiden zu bereiten“.

Stintzing (München).

---

672. **Förster** (Dresden), **Ueber die Anwendung russischer Dampfbäder bei diphtheritisch-croupöser Stenose der Luftwege.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Band XVIII. I. Heft. 1882.)

Verf. hat eine Reihe von Patienten mit croupöser Larynxstenose mit russischen Dampfbädern behandelt und in 3 Fällen, wovon genaue Krankengeschichten mitgetheilt werden, Heilung erzielt. Die Dampfbäder wurden früher in einstündiger, in letzter Zeit in halbstündiger Dauer und mit einer Temperatur von 33—35 ° R. des Raumes gegeben und mehrere Mal am Tage wiederholt. — Der Erfolg war ein sehr verschiedener, je nach dem Stadium, wo die Behandlung eintrat. Im asphyktischen Stadium musste die Tracheotomie den Dampfbädern, wenn sie überhaupt in diesem Stadium noch angewandt wurden, immer nachfolgen, während im ersten Stadium der Stenose bei dieser Behandlungsweise fast immer, wenn auch nur für einige Stunden, ein günstiger Effect zu constatiren war. Eine Contraindication liegt in der Anwesenheit hochgradiger Schwäche, in einem sehr elenden und frequenten Pulse, in sehr hohen Temperaturen, in vorhandener Reizung zu Blutungen, endlich in ernsteren Complicationen seitens der Respirationsorgane. Da durch die Dampfbäder regelmässig die Körpertemperatur gesteigert wird und zwar um $^1/_2$—$2^1/_2$ ° C., so hat Verf., wenn die Temperatur längere

Zeit höher blieb, als vor dem Dampfbade, die Temperatursteigerung durch nachträgliche Kühlwasserbäder oder durch Einpackungen bekämpft. Sonstige Nachtheile traten nicht zu Tage.

Kohts (Strassburg).

---

673. **Prof. Chvostek** (Stabsarzt in Wien), **Ein Fall von Aneurysma der art. anonyma und des untersten Stückes der rechten Carotis.** (Allg. Wien. med. Zeit. XXVII. Jahrg. Nr. 7 und 8.)

Ein 46 jähr. Schiffsarzt bemerkte nach einem Sturz vom Pferde allmählich zunehmende Schmerzen hinter dem rechten Schlüsselbein nahe dem Brustbein. Die Schmerzen kamen in Anfällen, waren stechend und reissend, und verstärkten sich nach Anstrengungen. $1^1/_2$ Jahr später bemerkte Pat. Anschwellung der Nagelglieder, ein Gefühl von Pelzigsein sowie Abnahme der Kraft in der rechten Oberextremität. Wegen der erheblich heftiger werdenden neuralgischen Schmerzen gebraucht Pat., ohne Erfolg, Massage, Heilgymnastik und Kaltwasserkur. $2^1/_4$ Jahre nach Beginn des Leides gelang es dem Vf. die bis dahin verkannte Krankheit zu erkennen. Es fand sich: Unteres Ende der r. carotis bis 2 cm nach aufwärts von der clavicula stark erweitert, pulsirend, 3 cm breite Dämpfung entsprechend dem r. sterno-clavicular-Gelenk bis zur Mitte des Sternalrandes des ersten rechten Intercostalraums, darüber scharfes systolisches Geräusch. Herzstoss im 5. Intercostalraum, 2 cm über die Papillarlinie hinausreichend. 2 Aortenton klingend. In Lungen u. s. w. nichts Abnormes. Beide art. radiales synchron pulsirend, gleichweit. Hautvenen an der r. Oberextremität etwas ausgedehnt, daselbst Oedem. Sensibilität der r. Hand vermindert. Endglieder der Finger kolbenförmig aufgetrieben und bläulichroth.

Ausser Ruhe, zeitweilig Digitalis wurden nun dem Pat. 6 Ergotin-Einspritzungen, Bombellon'scher Lösung mit Wasser verdünnt, (E. dialysatum) gemacht. In den ersten 4 Wochen der Behandlung wuchs das Aneurysma rasch und trat bis 4 cm über die clavicula hinaus, und verschob den Kehlkopf um $1^1/_2$ cm nach links. Ueber dem Tumor ein sägendes Geräusch statt des früheren systolischen, Puls der r. radialis sehr schwach.

Nachdem nunmehr an jedem dritten Tag Ergotin von unverdünnter Lösung unter die das Aneurysma umgebende Haut injicirt wurde, t r a t r a s c h e B e s s e r u n g e i n, jedoch schwand schon nach einigen Tagen der Puls der radialis rechts. Nachdem 21 Ergotin-Injectionen in 6 Wochen gemacht waren, wurde die Behandlung, während welcher einmal die schnell vorübergehenden Symptome einer Embolie eines Zweiges der rechten art. fossae Sylvii aufgetreten waren, ausgesetzt, weil nahezu Heilung eingetreten war. Das Aneurysma des unteren Carotisstückes war ganz hart, unbedeutend pulsirend, erheblich verkleinert. Am Schlüsselbein noch eine Spur von Dämpfung, Kehlkopf kaum noch dislocirt, statt des Geräusches nur noch ein protrahirtes Geräusch über

aorta und carotis, die neuralgischen Schmerzen sind ganz geschwunden, ebenso die Venenausdehnungen und das Oedem des r. Arms. Herzdämpfung zurückgegangen. Puls der r. art. brachialis und radialis fehlt.

Verf. bespricht dann noch die Statistik über das Vorkommen dieses seltenen Aneurysmas (Crisp fand es unter 915 Fällen von An. nur 34 Mal) und erörtert die näheren zur Diagnose wichtigen Puncte.

Bartold.

---

674. **Carrard, Occlusion intestinale par calcul biliaire.** Darmverschluss durch einen Gallenstein. (Rev. méd. de la Suisse Rom. Heft 2. S. 82.)

Eine 54 jähr. Dame erkrankte im Mai 1877 unter Fieber, heftigen Schmerzen im rechten Hypochondrium, Verstopfung und Erbrechen. Die Untersuchung ergab starke Anschwellung des rechten Leberlappens. Nach einigen Tagen undeutliches Gefühl von Fluctuation in der Mamillarlinie am Rande der falschen Rippen. Mit dem Dieulafoy werden ca. 100 gr eines flüssigen, stinkenden Eiters entleert, dann durch Auflegen von Wiener Paste der Abscess geöffnet. Anfangs starke Eiterung, dann Bildung einer Fistel die bis Mitte Juni sich schloss. Darauf vollständiges Wohlbefinden bis Mitte August, wo sich aufs neue heftige Leibschmerzen, Verstopfung und unstillbares Erbrechen einstellte. Kein Fieber, keine Auftreibung des Leibes; Hernien nicht nachzuweisen. Die Diagnose schwankte zwischen Invagination und innerer Einklemmung durch einen narbigen Strang. Am 22. August Exitus. Faecalmassen waren bis zum Tode nicht erbrochen worden. Die Autopsie musste sich auf eine flüchtige Untersuchung der Bauchhöhle beschränken. Dabei fand sich an einer, von Adhaerenzen freien Stelle des Jejunum ein etwa hühnereigrosses Concrement, welches dasselbe vollkommen verschloss und so fest sass, dass es durch Druck von aussen nicht von der Stelle bewegt werden konnte. Nach der Spaltung des Darms präsentirte sich ein Stein von 5 cm Länge und 10,8 cm Umfang, der concentrische Schichtung zeigte und aus durch Gallenfarbstoff gefärbtem Cholesterin bestand. Trotz der Unvollständigkeit der Autopsie zweifelt Verf. nicht, dass dieser Stein aus der Gallenblase nach entzündlicher Verwachsung und Communicationsbildung derselben mit dem Dünndarm in diesen übergetreten ist und durch Verschluss des Darmlumens den Tod herbeigeführt hat.

Brockhaus (Godesberg).

Namen-Register.

Sach-Register.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.